

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CORRÉLATIONS ÉLECTROLOGIQUES ET CLINIQUES

DANS L'ÉTUDE DE L'ÉPILEPSIE

Unité et pluralité de l'épilepsie traditionnelle

PAR

P. MARTIN (de Nice)

III. ETUDE CLINIQUE (1)

L'analyse des tracés électro-encéphalographiques des crises épileptiques nous a montré que dans toutes interviennent, à des degrés divers, deux mécanismes différents, un embrasement épileptique hypersynchrone paroxystique, un effet secondaire de type hypnique, hypersynchrone et lent, ou peu ample.

L'image de la crise est faite de la résultante de ces deux éléments qui se combinent à des degrés divers ; elle est ainsi l'image fidèle de la souffrance du cerveau sous l'effet des différents types de crise épileptique : elle montre comment les différents types de crise épileptique font souffrir le cerveau.

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, janvier 1952, pages 1-41.

Nous allons tâcher de voir maintenant si les constatations cliniques corroborent cette hypothèse. En choisissant le phénomène le plus évident de la crise épileptique, la modification de l'état de conscience, nous allons voir si cette atteinte de la conscience est bien elle aussi l'image des différentes conditions de saisissement du cerveau dans les différents types de crises partielles ou généralisées.

Au premier abord et dans un très grand nombre de cas, il y a concordance entre faits cliniques et constatations électro-encéphalographiques, c'est-à-dire entre la traduction clinique et électro-encéphalographique des différents modes de saisissement épileptique du cerveau. Cela est tellement vrai que l'on a qualifié ces modes et leur traduction électrique et clinique par le degré même de saisissement de la conscience : épilepsie Petit Mal, épilepsie Grand Mal, épilepsie psycho-motrice.

Mais il y a des discordances apparemment paradoxales ; telle ou telle modification de conscience peut être vue dans un type de crise auquel elle n'appartient pas en propre : par exemple une courte suspension de la conscience, une absence, est le fait même de l'épilepsie Petit Mal, elle peut être également l'équivalent mineur d'une crise de Grand Mal, psychomotrice, etc...

Nous essaierons de montrer que ces concordances et ces discordances s'expliquent par le fait que les différents états de conscience rencontrés dans l'épilepsie ne sont pas des états spécifiques mystérieusement propres à chaque type de crise, mais qu'ils sont tous faits d'éléments non spécifiques. Ces éléments sont au nombre de trois :

- 1° un saisissement du cerveau par l'embrasement épileptique ;
- 2° un effet secondaire hypnique, image de l'atteinte des fonctions de régulation des états de veille et de sommeil du diencéphale ;
- 3° un effet végétatif, élément accessoire qui vient en surcharge des deux premiers et leur apporte une « coloration » spéciale ; cet élément est l'image de l'atteinte des fonctions végétatives du diencéphale.

Ces trois éléments existent à des degrés divers et se combinent justement suivant la forme de l'atteinte propre à chaque type de crise. On comprend ainsi que chaque type de crise entraînant le plus souvent tel degré d'atteinte plutôt que tel autre, se caractérise par une résultante qui lui est plus particulière. Mais ces éléments n'étant pas spécifiques et ne faisant que traduire l'atteinte de trois fonctions diencéphaliques à des degrés divers,

on comprend qu'un type quelconque de crise puisse dépasser son cadre habituel de manifestation : il suffit qu'il soit plus intense, ou que le cerveau soit plus susceptible. Un mécanisme de crise peut ainsi emprunter la symptomatologie qui est habituelle à un autre type de crise : c'est ainsi que, par exemple, un foyer épileptogène cortical siégeant dans une zone muette ne se traduira parfois que par des phénomènes sensorio-moteurs parce qu'il s'étendra jusqu'aux aires sensorio-motrices voisines, d'autres fois seulement par des absences pures parce qu'il atteindra le diencéphale, parfois par de grandes crises lorsque cette atteinte diencéphalique sera particulièrement violente.

Nous aurons pu, ainsi, comprendre les phénomènes cliniques qui accompagnent la crise, comme nous en avons compris les phénomènes électriques, en cherchant sous la diversité apparente des phénomènes de conscience de la crise et de ses équivalents variés, des éléments d'unité profonde. Ceux-ci correspondent aux modalités de l'atteinte du diencéphale dans ses fonctions de régulation de l'électrogénèse cérébrale, dans ses fonctions de régulation vigile et dans ses fonctions de régulation végétative.

Nous aurons ainsi un schéma commode pour nous guider dans le diagnostic du type d'une crise épileptique : l'aspect clinique peut en être parfois trompeur parce que non spécifique, et le tracé électro-encéphalographique peut être quelquefois d'interprétation délicate ; il n'est pas sans intérêt de rapprocher l'un et l'autre, et de leur chercher un facteur commun.

Bien plus, nous verrons quelles conséquences a pour la thérapeutique la mise en évidence du type exact de crise, et l'analyse de ses effets sur les fonctions diencéphaliques.



L'image électrique de la crise, nous l'avons vu, est assez particulière à chacun des mécanismes par lesquels peut se faire l'attaque épileptique du cerveau. Cette image est particulière aux structures neurales mises en jeu. Mais elle est faite toujours de deux éléments : l'embrasement épileptique des structures neurales auquel s'ajoute l'effet hypnique secondaire.

1° Existe-t-il, dans la crise clinique, la même spécificité due aux diverses structures neurales mises en jeu dans les différents cas de crises ?

On le croirait puisqu'on a décrit épilepsie de Petit Mal, épi-

lepsy psycho-motrice, épilepsie de Grand Mal, du nom même de l'état clinique qui paraît propre à chaque forme.

2° Mais nous verrons que cette correspondance n'est pas étroite et que tel mécanisme d'attaque épileptique peut entraîner un état clinique différent de celui qui lui est habituel.

3° Et cela est justement dû à ce qu'interviennent dans l'état clinique deux composants non spécifiques, qui sont ceux-là même que nous avons décrits dans l'analyse des images électriques de crise.

Nous allons étudier ces différents points successivement :

1. Spécificité électro-clinique

Les quatre grands types d'épilepsie

La spécificité de l'état de conscience correspondant à l'image électrique de crise est habituelle et réelle ; elle a abouti à l'individualisation désormais classique des types suivants :

1° La décharge épileptique focalisée corticale se traduit par des crises dites locales qui dépendent pour leur forme de la région du cortex embrasée (crise olfactive, sensitive, vertigineuse, visuelle, etc...) : *épilepsie partielle* de Jackson.

2° La décharge épileptique généralisée à type de pointes-ondes typiques rythmiques, à 3 cycles-seconde, bilatérales synchrones, correspond habituellement à des absences cliniques souvent fréquentes et à des myoclonies : *épilepsie Petit Mal*.

3° La décharge épileptique généralisée à type de pointes bilatérales synchrones est habituellement caractérisée par de grandes crises tonico-cloniques avec perte totale de la conscience : *épilepsie Grand Mal*.

4° La décharge épileptique généralisée à type de pointes-ondes lentes ou d'ondes hypersynchrones à 4-6 cycles-seconde, ou de dépression de l'électrogénèse cérébrale, et dont le foyer cortical siège le plus souvent dans la région temporale ou à son voisinage, est habituellement associée à des absences cliniques avec mouvements de mâchonnement, de succion, automatismes simples ou complexes, aura angoissante ou extatique, sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation, état de rêve, vision panoramique : *épilepsie psycho-motrice*.

Peut-on, dès maintenant, trouver une explication à cette corrélation étroite entre type électrique et type clinique ?

Si nous éliminons les phénomènes moteurs qui accompagnent

ces crises et essentiellement la myoclonie dont la pathogénie est encore pleine d'inconnu, nous croyons que l'on peut trouver un principe d'unité dans les troubles de conscience qui accompagnent la décharge de crise.

Soulignons d'abord le fait que la crise purement corticale et partielle ne s'accompagne, tant qu'elle reste localisée au cortex, que de troubles sensitivo-sensorio moteurs, sans troubles de la conscience. Ce n'est que lorsque le bombardement affecte le diencéphale qu'apparaissent les perturbations de la conscience. C'est, en effet, dans les décharges de crises généralisées, dont on sait qu'elles sont d'origine diencéphalique, que celles-ci existent ; elles sont, dans leurs grandes lignes, parallèles aux conditions de souffrance du cerveau. L'analyse des crises électriques nous a montré qu'il y avait une sorte de degré de gravité dans la souffrance cérébrale propre à chaque type de crise.

a) L'orage électrique, qui sidère le cerveau atteint de crise d'épilepsie Grand Mal ne laisse place à aucune manifestation de conscience, et le malade est dans l'inconscience la plus absolue.

b) La décharge de Petit Mal marque déjà un saisissement moins violent, auquel, semble-t-il, le cerveau réagit, et c'est l'absence, phénomène souvent pur, isolé et de déficit de la conscience.

c) La crise de l'épilepsie psycho-motrice semble faite surtout d'un déficit des fonctions psychiques supérieures, avec persistance d'un état d'idéation inférieure, de confusion, souvent même d'état onirique ou d'état second, fait d'automatisme psychique et moteur qui peut être tout à fait inconscient.

On serait donc tenté de ne voir, dans cette série de manifestations, qu'une hiérarchie de perturbations de la conscience, chacune de celles-ci étant liée au « saisissement » du cerveau par un des mécanismes particuliers de l'épilepsie. Ce serait là une explication facile de ce rapport au premier abord si mystérieux entre certains types cliniques et certains types électriques ; et le triptyque de la classification de Gibbs, épilepsie Petit Mal, épilepsie Grand Mal, épilepsie Psycho-Motrice, trouverait là sa justification. Mais les choses ne sont pas aussi simples et chacun connaît les exceptions à cette règle de concordance électro-clinique : on est parfois surpris de constater, à l'examen électro-encéphalographique d'un malade, telle forme de comitialité, alors que l'on s'attendait à la confirmation de telle autre.

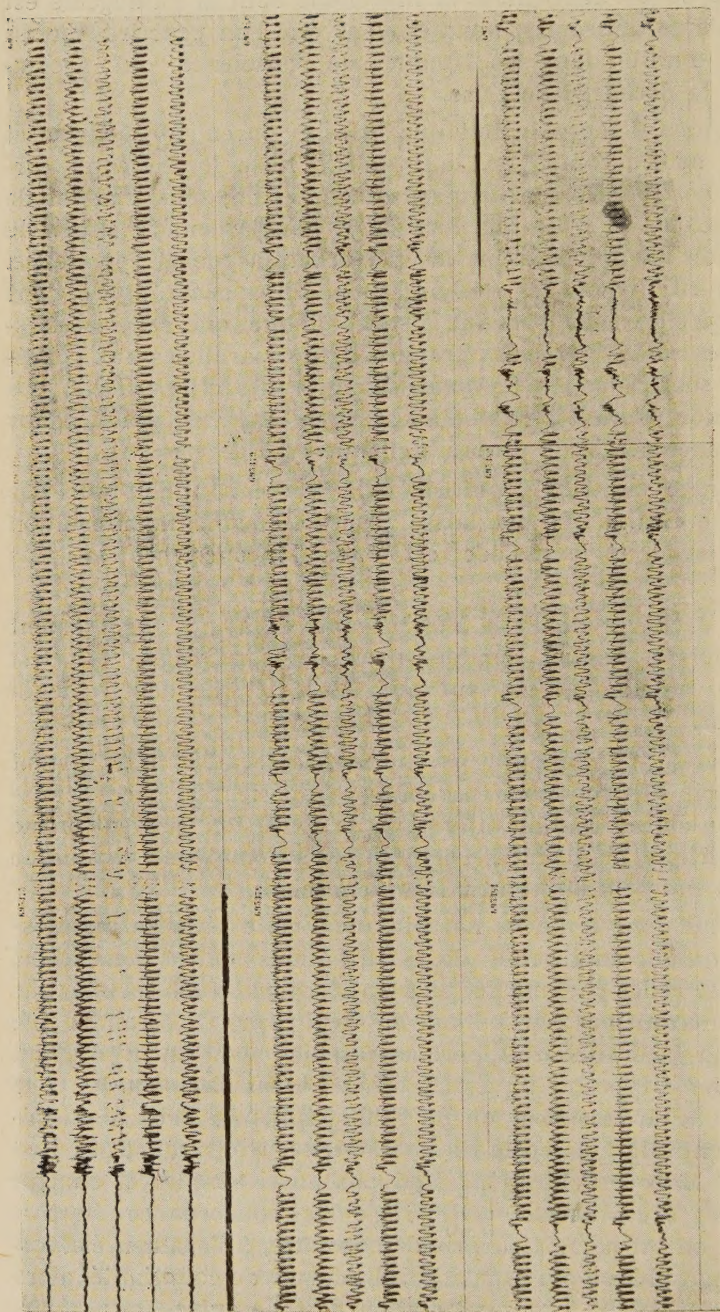


FIG. 22 à 30. — Modalités atypiques de manifestations cliniques du Petit Mal.

FIG. 22-23. — Longue décharge de Petit Mal, de près de six minutes. L'état d'absence clinique ne dure que les quinze premières secondes, ensuite la malade parle, lentement et avec peine. Chaque fois que l'on stimule son attention, la décharge s'arrête.

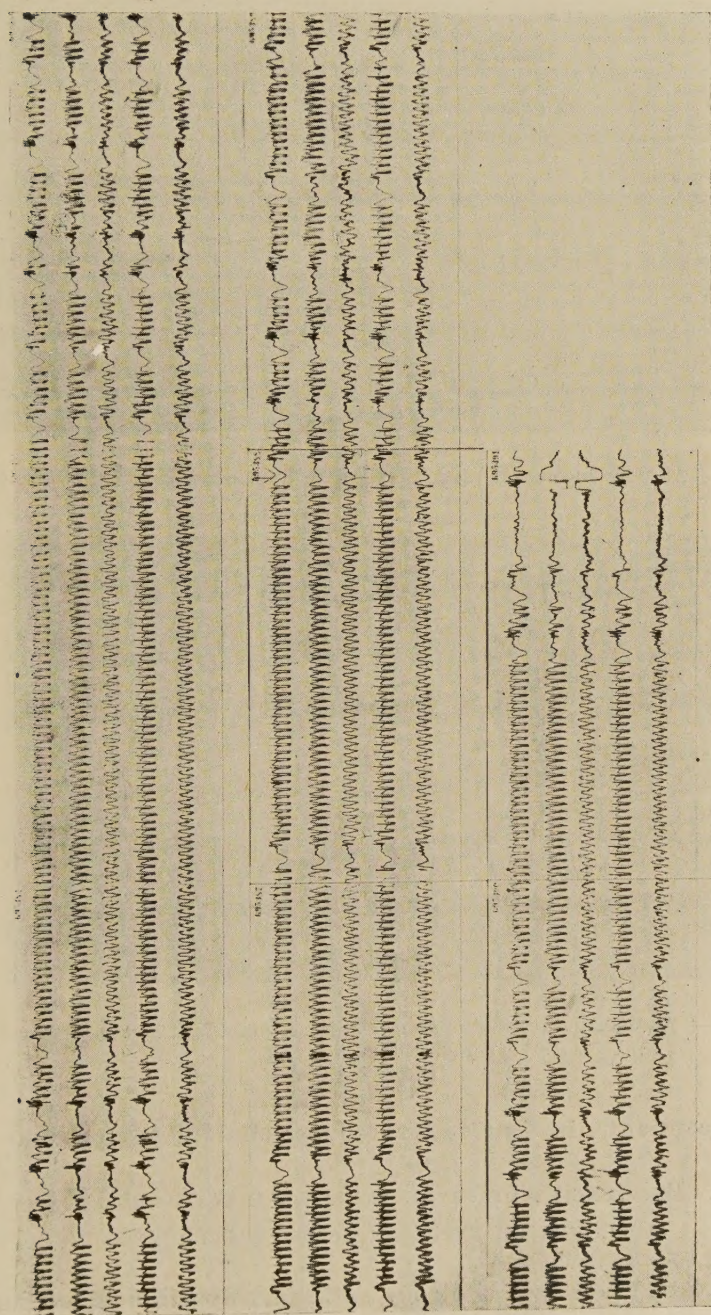


FIG. 23

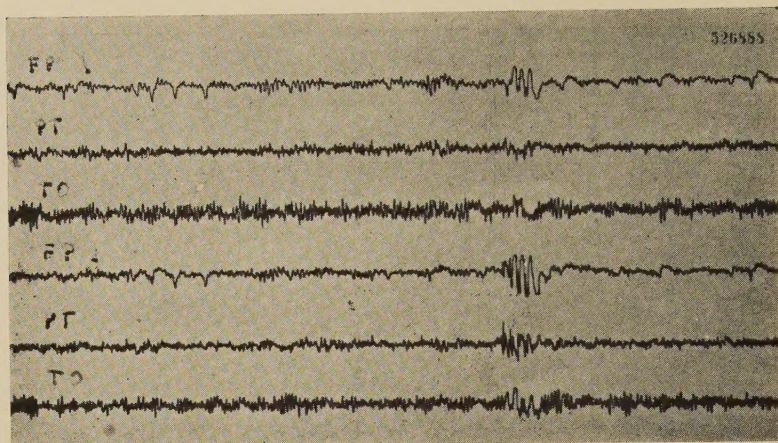


FIG. 24. — Absence incomplète avec persistance d'un degré de compréhension

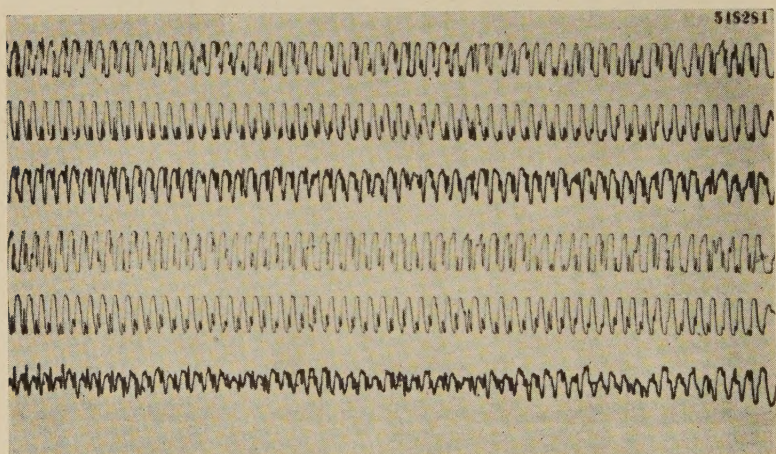


FIG. 25. — Absence caractérisée par un malaise, précédant une grande crise, rythme de P.O. à 3 c./s.

2. Exceptions à la règle de concordance clinique et électrique

EXISTENCE D'ÉTATS DE CONSCIENCE SEMBLABLES AU COURS DE TYPES DE CRISES DIFFÉRENTS

La relation n'est pas si étroite entre la polypointe et le coma, le complexe pointe-onde et l'absence, l'onde lente à 4-6 cycles-

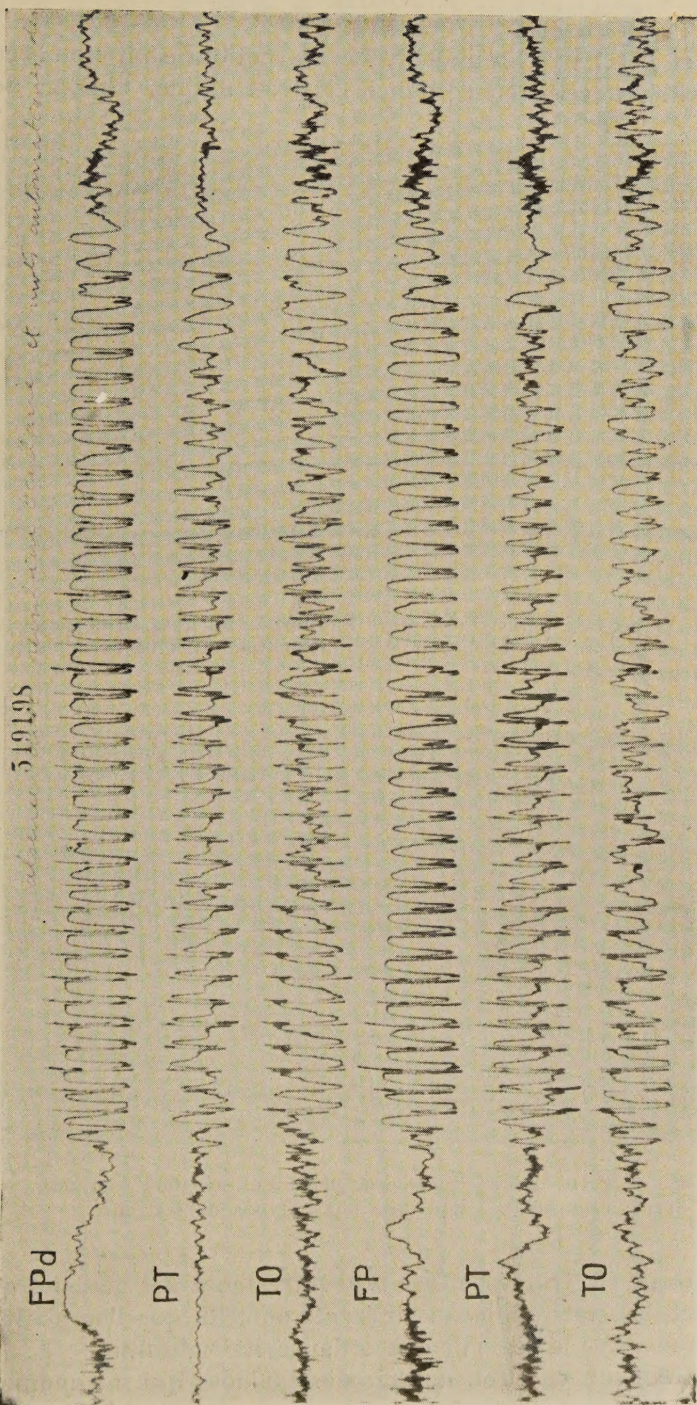


FIG. 26. — Absence de type Petit Mal.
Jaffr..., 5 ans. Automatisme simple pendant l'absence

seconde et l'état psycho-moteur. Les exceptions sont nombreuses, en effet, à cette concordance électro-clinique. Chacun des

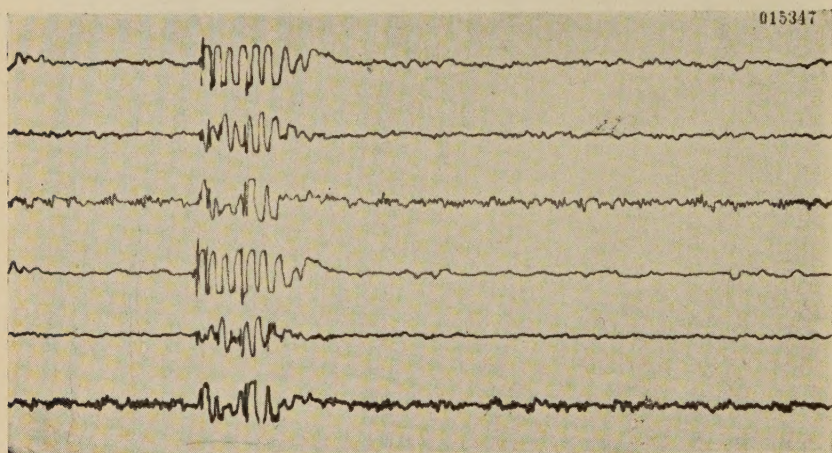


FIG. 27. — Tracés de repos. Petit Mal. Pagliard..., 10 ans. Cliniquement : absences et phases d'obnubilation avec automatismes complexes, de plusieurs heures.

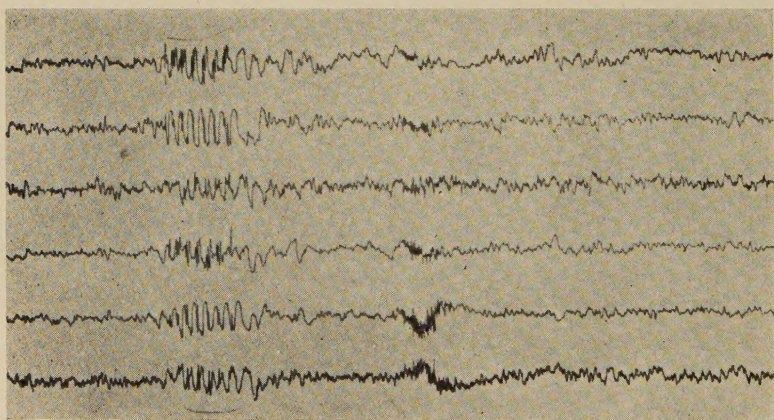


FIG. 28. — Petit Mal avec absences précédant un long sommeil, avec automatisme adapté, ne laissant pas de souvenir

types d'image électrique peut se rencontrer chez des malades qui présentent des états cliniques différents de celui que l'on s'attendrait à trouver, si la règle de concordance était absolue.

Il est fréquent, en effet, de voir des malades qui, au moment

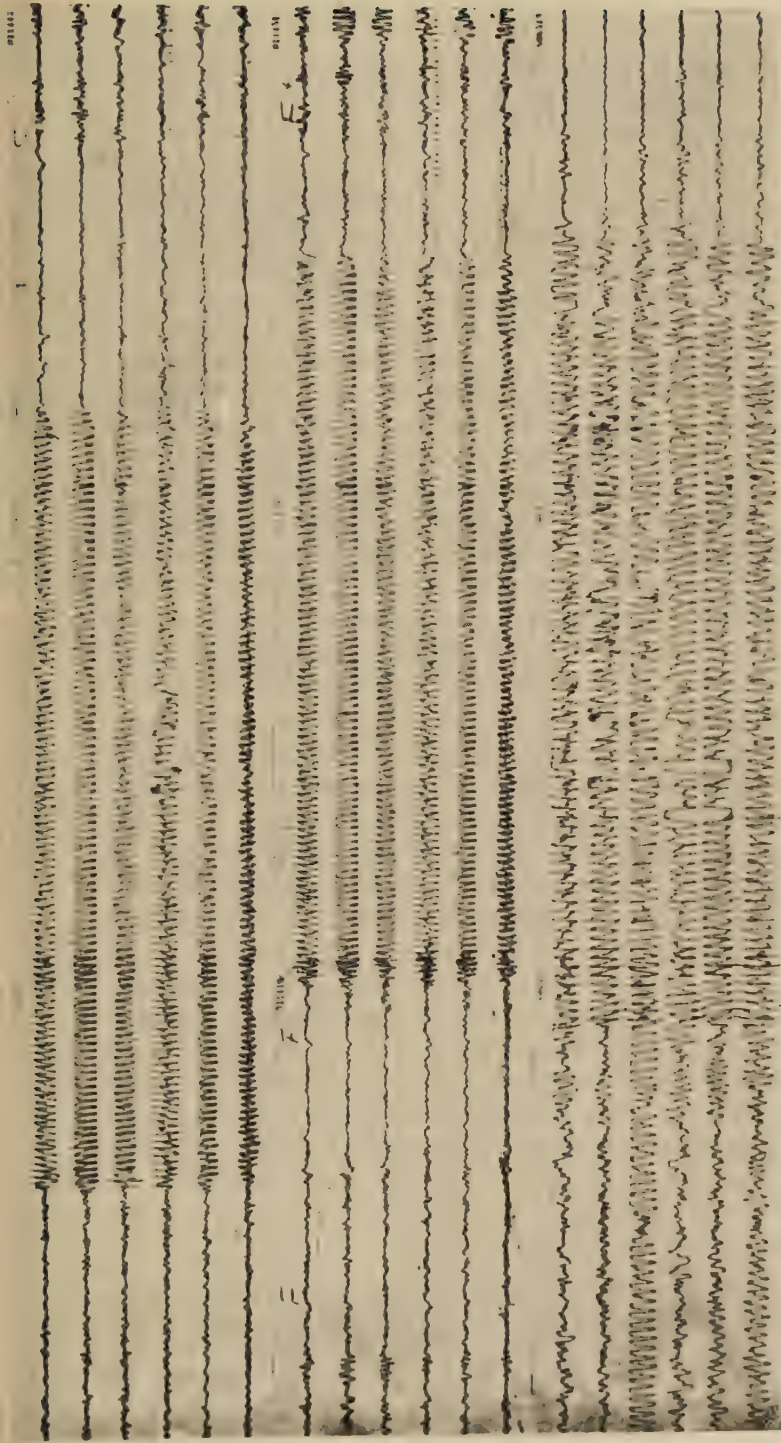


Fig. 30. — Tracés de Petit Mal avec automatisme complexe.

Les deux premières bandes correspondent à l'enregistrement de deux absences, avec tendance à la procursivité, et mouvements complexes de déshabillage.

Ce malade nous était envoyé pour épilepsie temporale. Guérison par l'épiléone.
La 3^e bande enregistre une absence semblable chez une fillette qui présente différents types d'absence : absences simples, absences dont elle se rend compte, absence avec continuation de l'acte en cours, absence avec automatisme complexe (en état d'absence continue à rouler à bicyclette, tourner dans une rue latérale, son rang se engin contre le trottoir et se réveiller un peu plus loin). Les artefacts sont dus à ce qu'elle n'a pas maintenu immédiatement la malade.

Remarque la longueur identique de ces décharges correspondant à des crises épileptiques semblables, comme Penfield l'a remarqué.

d'une volée de pointes bilatérales synchrones, sont seulement en absence avec ou sans myoclonie, ou même ne ressentent qu'une brutale impression d'obnubilation avec ou sans sentiment d'étrangeté.

Il n'est pas rare que des décharges de complexes pointes-ondes identiques à ceux du Petit Mal dans tous leurs éléments (amplitude, durée, siège, rythme), se traduisent, chez le même malade, parfois par des symptômes variés encore que voisins : absences plus ou moins longues, plus ou moins profondes, faites parfois d'une simple obnubilation ou d'un sentiment d'étrangeté et de rêves ; absences dont parfois le malade se souvient ; absences inconscientes d'autres fois ; absences prolongées en demi-coma, sans convulsions ; automatismes complexes. Bien plus, la discordance peut être remarquable entre l'importance et la durée de la décharge (6 minutes chez une de nos malades) et le trouble de la conscience qui peut n'être que très léger (cette malade, pendant une si longue décharge, pouvait parler, répondre aux questions et se souvenir parfaitement quelques heures après et partiellement le lendemain des questions posées) ; inversement, de courtes décharges de 10 secondes peuvent se traduire cliniquement par une absence absolue.

Souvent la décharge de complexes pointes-ondes lents ou d'ondes à 4-6 cycles-seconde, ne se traduit que par des absences pures (« faux Petit Mal temporal »), des crises d'angoisse pure, des crises de type névropathique ou hystérique ; parfois cette décharge reste latente cliniquement et constitue une découverte d'examen chez un malade qui cliniquement ne présentait que de grandes crises.

On estime que la concordance électro-clinique se vérifie dans 80 % des cas. Il reste donc 20 % des cas qui constituent une importante source d'erreurs possibles. Ce pourcentage de cas où la concordance ne se vérifie pas est élevé et ne peut être expliqué par un pur hasard ou par une erreur dans l'étude clinique ou électrique : très souvent l'erreur dans l'un et l'autre cas n'est pas possible ; il est certain, par exemple, que des automatismes psycho-moteurs parfois complexes se voient au cours de l'épilepsie de Petit Mal la plus typique.

Nous allons chercher, dans l'analyse des états de conscience, une explication à ces concordances et à ces discordances.

3. Explication de ces concordances et de ces désaccords

L'explication de ces deux groupes de constatations, tantôt concordance et tantôt discordance, entre faits cliniques et électriques, peut être donnée, croyons-nous, de la façon suivante :

Tout d'abord, l'analyse des états de conscience des différentes formes de crises épileptiques montre que la plupart de ces états de conscience peuvent s'observer dans toutes les formes d'épilepsie.

Nous verrons que ce lien de parenté vient de ce que tous ces états sont faits d'éléments non spécifiques qui traduisent l'atteinte du diencephale dans ses différentes fonctions : dans la crise épileptique, le diencephale est atteint dans sa fonction de régulation de l'électrogénèse cérébrale, dans sa fonction de régulation de l'état de vigilance, dans sa fonction de régulation neuro-végétative ; l'atteinte des deux premières fonctions entraîne un trouble de la conscience dû en partie au saisissement du cerveau, trouble purement déficitaire, et en partie à l'effet hypnique secondaire.

L'état de conscience propre à chaque crise est la résultante de la combinaison de ces éléments à des degrés divers. Chaque mécanisme de crise atteint le diencephale d'une façon plus particulière et à un degré plus particulier.

Le déficit par embrasement, le trouble hypnique, le trouble végétatif se feront ainsi à des degrés divers pour chaque type de crise et aboutiront ainsi à une résultante qui est l'état de conscience plus particulièrement propre à chaque type de crise.

Mais parce qu'il n'y a, en somme, comme différence entre les états de conscience de chaque type de crise, qu'une différence de degré dans l'intensité de chaque trouble élémentaire qui y participe, on comprend qu'un type quelconque de crise épileptique puisse, par son intensité plus ou moins grande, emprunter la symptomatologie habituelle d'un autre type de crise.

Nous pourrions ainsi décrire toute la symptomatologie qui peut exister dans chaque type de crise.

1° ANALYSE DES DIFFÉRENTS ÉTATS DE CONSCIENCE COMMUNS AUX DIFFÉRENTES FORMES D'EPILEPSIE

Il est remarquable que l'analyse des états de conscience montre que ceux-ci peuvent être toujours les mêmes, ou du moins très semblables, quel que soit le type électrique de la crise :

a) *l'angoisse*, le raptus anxieux et le malaise vague difficilement définissable sont plus fréquents chez les malades atteints d'épilepsie temporale, mais ils existent chez les autres à titre d'équivalents ;

b) *le sentiment d'étrangeté* se retrouve souvent chez les malades atteints de Petit Mal, surtout sous l'effet améliorant du triméthadione ; il peut exister lors des courtes décharges myocloniques de l'épilepsie de polypointes ; il est plus fréquent cependant chez le temporal ;

c) il n'est pas jusqu'à *l'état de rêve*, dont on fait une des caractéristiques de l'épilepsie temporale, qui ne se retrouve dans la bouche des autres malades ; il est vrai que cet état n'a qu'exceptionnellement alors les caractères de rêve vrai, très organisé, que l'on retrouve souvent chez les psycho-moteurs ;

d) *le sentiment de dépersonnalisation, la vision panoramique*, qui abolissent la notion du moi, de l'espace et du temps, du sentiment d'intériorité et d'antériorité sont, eux, manifestement propres aux temporaux ; mais encore n'est-il pas si sûr, croyons-nous, que leur recherche ne les ferait pas découvrir moins intenses, plus larvés, et dans l'ombre d'accidents plus importants, chez les autres épileptiques ;

e) il en est de même du *mentisme* : « Je ne peux m'arrêter de penser à des tas de choses », « J'ai une idée fixe dont je ne peux me débarrasser », « J'ai un empêchement à penser », sont des phrases fréquentes chez les temporaux ;

f) *l'automatisme* simple (mouvements des lèvres, des mains), et même l'automatisme plus organisé (se déshabiller, se lever, aller à la fenêtre, continuer l'acte en cours d'une façon correcte), se retrouvent surtout chez les temporaux mais existent chez les autres : tel de nos malades se lève du fauteuil d'examen, se déshabille, touche son sexe, va à la fenêtre, puis en cours d'enregistrement ébauche une autre absence semblable pendant laquelle on peut le maintenir correctement sous le casque à électrodes, alors que s'inscrit une décharge d'un rythme de pointes-ondes à 3,5 cycles-seconde, typique (fig. 30) ; telle petite malade est à demi-consciente pendant une journée entière, additionnant lettres et chiffres en classe, allant acheter du vin chez le boucher, puis rentre chez elle avec un vague souvenir des sottises qu'elle a faites, s'endort et se réveille avec des céphalées, et se trouve atteinte de Petit Mal électrique typique que guérira le tri-méthadione (fig. 27) ;

g) *les absences*, majeures dans le Petit Mal, sont communes à tous les épileptiques, même pures, sans angoisse ni état de rêve ou autre, même accompagnées de myoclonies : les absences avec myoclonies peuvent accompagner une courte bouffée de poly-pointes et être l'ébauche d'une crise de Grand Mal ; elles peuvent accompagner les premières volées de pointes-ondes lents bilatéraux synchrones au début d'une décharge de crise psycho-motrice ; si elles sont le plus souvent la traduction d'une épilepsie Petit Mal, les absences pures peuvent se voir dans toutes ces variétés de crises, elles peuvent être aussi la seule traduction d'une épilepsie focalisée frontale (1) ;

h) *le coma*, avec ou sans grande crise, est enfin le degré majeur que peuvent atteindre toutes les crises d'épilepsie.

Il est difficile de ne pas voir une parenté et une gradation entre certains de ces phénomènes.

2° LES ÉLÉMENTS NON SPÉCIFIQUES DÉFICITAIRES HYPNIQUES ET VÉGÉTATIFS QUI CONSTITUENT LES ÉTATS CRITIQUES DE CONSCIENCE

Un essai de synthèse et d'interprétation de ces faits peut être tenté si l'on essaie de regrouper les différents états de conscience que nous avons décrits autour des éléments qui les constituent.

Il nous semble que, parallèlement aux faits électriques, deux séries de phénomènes existent, deux éléments à des degrés divers :

Un déficit des fonctions psychiques, qui, suivant son intensité, est global ou n'atteint que les fonctions supérieures.

Un état onirique qui peut aller jusqu'au sommeil.

Le déficit est peut-être dû au saisissement du cerveau, état déficitaire.

L'état onirique est peut-être un effet secondaire ou la conséquence de la réponse du cerveau, état réactionnel.

Dans certains états, les deux éléments, déficit des fonctions de conscience par saisissement, et déficit par effet hypnique apparaissent nettement et peuvent être distingués.

(1) Inversement, du point de vue moteur, il est des malades dont les absences à type de Petit Mal s'inscrivent avec une asymétrie d'amplitude sur les deux hémisphères, plus amples sur l'hémisphère dominé ; il n'est pas rare alors que l'absence s'accompagne de myoclonies latéralisées au côté opposé, donnant l'impression même d'une véritable déviation de la tête ; ces absences ont alors l'allure d'absences corticales avec déviation de la tête et clonies des membres.

C'est ainsi que le « black-out » visuel de certaines décharges de Petit Mal faites de pointes-ondes à 3 cycles-seconde à maximum occipital, n'est pas un effet hypnique, mais un fait de déficit par saisissement.

L'état de conscience de l'épileptique en grande crise n'est certainement pas un état de sommeil ; l'aspect clinique dramatique et l'orage électrique enregistré en font foi et marquent la brutalité et la gravité du saisissement du cerveau.

D'un autre côté, l'état de rêve est quelquefois si semblable au rêve lui-même, comme le déclarent certains malades, qu'il est difficile de ne pas y voir un phénomène de sommeil. Il arrive que le trouble de la régulation hypnique soit même le phénomène essentiel ; la crise comitiale peut prendre l'allure d'une véritable crise narcoleptique : tel malade ressent un brusque besoin de sommeil lorsqu'il est assis à son bureau dans un fauteuil ; l'ortédrine l'améliore ; il n'est guéri que par l'adjonction d'un traitement anti-comitial avec barbiturates, institué en raison de l'abaissement du seuil convulsivant. Chez tel autre malade, qui a des crises d'endormissement paroxystique, existent de nombreuses salves d'anomalies à type de pointes-ondes bilatéraux, suivis d'un long tracé de sommeil (1) (fig. 28).

En dehors de ces cas extrêmes où la distinction est facile, le plus souvent l'effet déficitaire de saisissement cérébral et celui de l'endormissement combinent leurs effets ou aboutissent à un état déficitaire voisin sinon semblable dans les deux cas. La brutalité et la courte durée de cet état déficitaire ne facilitent d'ailleurs pas son analyse.

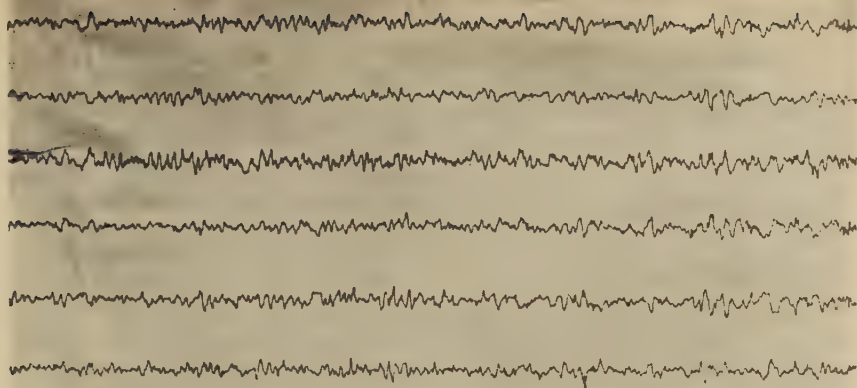
Si bien que l'état psychique constaté est fait de la *résultante* de ces deux actions, qui existent chacune à des degrés divers suivant les cas, et qui toutes deux entraînent un déficit des fonctions psychiques supérieures et confondent ainsi souvent leur traduction.

Il s'y ajoute un facteur végétatif qui est évident dans la plupart des crises et sur lequel nous n'avons pas à nous étendre.

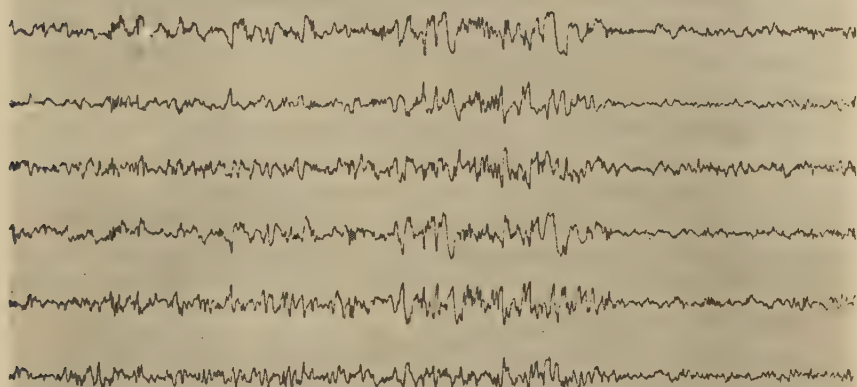
On peut grouper ainsi ces éléments :

le phénomène déficitaire majeur que produit le saisissement comitial est la suspension de conscience, l'absence. Moindre, il n'entraîne qu'un phénomène d'obnubilation : l'absence peut s'accompagner de phénomènes moteurs simples à type d'automatisme.

(1) C'est là tout le problème des rapports de l'épilepsie et de la narcolepsie.



736566



736592

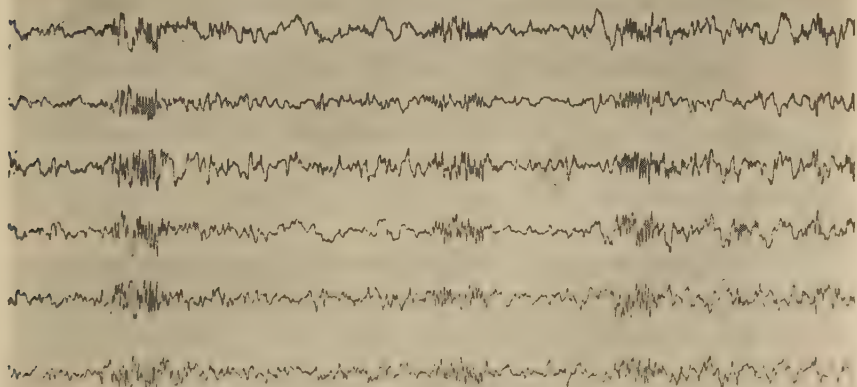


FIG. 31. — Tracé de sommeil typique. Crise de narcolepsie. A l'état de veille, surcharge des tracés par des bouffées d'ondes thêta. Ondes delta et thêta à l'hyperpnée. Normalisation par injection d'une amine du réveil.

Longues phases d'automatisme inconscient, rase ses clients, leur rend la monnaie sans en garder le souvenir. Se demande ensuite ce qu'est devenu le client qu'il avait commencé à raser. Automatisme précédé de sensation de sommeil. Crises d'endormissement. Guéri par ortédrine. Crises cataleptiques émotionnelles. Ce malade avait été considéré comme épileptique temporal.

tismes ; prolongée et moins intense, ne touchant que la conscience supérieure, elle peut s'accompagner d'une libération, dans l'inconscience, de pulsions intellectuelles élémentaires (violences, peur), d'actes automatiques ; plus léger, le trouble est aux limites de la confusion, avec sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation, mentisme ;

le trouble de la régulation hypnique va de l'inconscience du sommeil profond à l'état confuso-onirique. Celui-ci comprend la confusion, très voisine sinon semblable à celle provenant du déficit, le rêve vrai, avec aussi sentiment d'étrangeté, de déjà vu, avec abolition des contingences du temps, de l'espace et du moi ; un automatisme souvent très organisé, somnambulique, peut l'accompagner ; l'envahissement de la pensée par des images mnésiques aboutit à un sentiment de mémoire panoramique ;

l'élément végétatif est présent chez la plupart des épileptiques ; il va des troubles intenses respiratoires (apnée, cyanose), circulatoires et autres de la grande crise aux modifications vaso-motrices simples du visage lors de l'absence (rougeur, pseudo-érythème pudique émotif, pâleur avec pincement des ailes du nez, etc...), aux équivalents viscéraux purs (pseudo-angor, pseudo-coliques, syndromes pseudo-péritonéaux, etc...).

La résultante de ces états forme le tableau clinique que l'on voit chez les épileptiques.

L'angoisse, par exemple, est peut-être un état psychique qui relève de tous ces éléments : elle peut exister avec les caractères qu'elle a dans le rêve normal ; elle est aussi d'une brutalité qui, par elle-même, ne peut qu'ajouter à son aspect dramatique ; on comprend qu'une brusque emprise cérébrale, encore consciente, puisse donner un sentiment épouvantable, une peur panique ; elle est enfin très souvent rapportée par le malade à une souffrance, un vide épigastrique, une constriction laryngée qui indiquent le rôle du système végétatif.

Celui-ci paraît colorer tous ces divers états de conscience d'une composante végétative, et peut-être affective.

3° LE RÔLE DE CES ÉLÉMENTS DANS LES DIFFÉRENTS TYPES DE CRISE

Il nous reste à voir pourquoi toutes ces formes sont communes à toutes les épilepsies et pourquoi certaines plus que d'autres sont spécifiques de certaines crises.

En somme, ce déficit des fonctions de conscience appartient à deux mécanismes différents, et dans les deux cas se fait à des degrés divers.

Saisi, le cerveau peut être complètement inhibé, et la réaction, le coma, vient ensuite ; ou il peut être seulement suspendu pour un court instant, voire seulement obnubilé. Il peut seulement ne

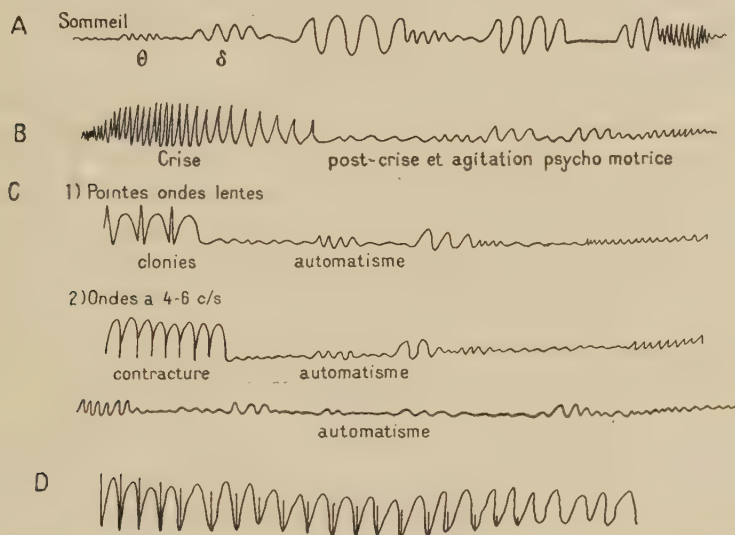


FIG. 32. — Répartition, dans les décharges comitiales, des accidents traduisant l'hypersynchronisation paroxystique (pointes ou ondes lentes) et des accidents traduisant la réponse hypnique (tracés peu amples et lents ou lents et hypersynchrones).

Tracés de :

A : Sommeil naturel.

B : Grand Mal.

C : Les trois types de tracés d'épilepsie hippocampo-falciforme ou temporale.

D : Tracé de Petit Mal ; intrication des deux éléments, avec prédominance de la pointe (hypersynchronisation) au début de la crise, et de l'onde (réponse hypnique) à la fin.

plus avoir la libre conduction de sa pensée. *Endormi*, le cerveau peut être en coma, en sommeil très profond sans rêve, en état de rêve, d'onirisme, en état second.

Comment ces deux mécanismes s'associeront-ils ? Cela dépend du mode de l'attaque, de son intensité et de la réaction qu'y fera le cerveau.

Il y aura le plus souvent parallélisme entre faits cliniques et électriques, parce que ces derniers montrent le mécanisme de

l'atteinte du diencéphale, avec la part respective des deux facteurs, saisissement et sommeil, et que l'état clinique de conscience est fait, lui aussi, de ces deux facteurs.

Mais il pourra y avoir discordance parce que :

quel que soit le mode de déficit des fonctions de conscience, qu'il soit le fait du saisissement ou celui du sommeil, le déficit est quelquefois le même : aussi des états cliniques de baisse du niveau de conscience, quoique apparemment semblables, peuvent appartenir à des mécanismes différents ;

un mécanisme d'atteinte peut, par la variation de son intensité, emprunter l'expression qui appartient habituellement à d'autres mécanismes. Ces facteurs, saisissement et sommeil, ne sont pas spécifiques ; ils peuvent donc être le fait d'atteintes du diencéphale d'intensité semblable, mais de mécanisme différent.

On peut ainsi essayer d'expliquer comment états de conscience et crises électriques se correspondent dans les différents types de crise et aux différents degrés d'intensité.

Et pour cela nous pouvons nous rapporter au mécanisme de la traduction électrique de chaque type de crise (p. 40-41).

a) *Crise traduite par une brutale décharge de polypointes.* — L'élément embrasement, saisissement épileptique (polypointes) prédomine, au point que l'effet secondaire hypnique ne vient qu'ensuite (phase post-critique de tracés plats et d'ondes lentes), et qu'il peut même manquer :

décharge intense et longue : le cerveau est saisi, et il réagira à ce trouble profond par un long coma et tous les stades d'un éveil progressif où les automatismes et la confusion peuvent se manifester ;

décharge courte et légère : état d'absence pure, coupure dans le fil de la pensée consciente, ou obnubilation pure et brève, suivie ou non d'un besoin de sommeil.

b) *Crise traduite par des pointes-ondes à 3 cycles-seconde.* — Ici, la combinaison, dans la décharge, des deux éléments, embrasement et effet hypnique, est parfaite, et l'hypersynchronisation due à l'un et à l'autre élément se mêle étroitement dans chacun des grapho-éléments du « complexe » pointe-onde.

Le diencéphale traduira de la façon suivante les différents degrés d'intensité de chaque facteur :

absence pure, simple suspension des fonctions psychiques, traduisant l'intensité du phénomène et du saisissement cérébral.

Moins violent, ce mode de saisissement n'entraînera pas un

déficit total : le malade se rendra compte qu'il a une absence ; moins violent encore, et le malade sera seulement obnubilé. « Il entendra pendant son absence, mais seulement comme à travers un brouillard », dira un malade. Et ces stades sont fréquents sous l'effet améliorant de la thérapeutique.

Mais ce mode d'atteinte étant moins brutal, la réaction hypnique se fera et le malade pourra se plaindre spontanément d'un état semblable à celui d'un rêve.

Bien plus, une de nos malades atteinte de Petit Mal typique, clinique et électrique, se réveille comme elle s'est endormie, dispose et sans fatigue, mais le surlendemain matin du jour où elle s'est couchée. Sa famille ne s'inquiète pas de ces périodes de sommeil dont elle est coutumière depuis l'enfance et auxquelles elle reconnaît un rôle réparateur. Chez cette malade, absence pure et absence accompagnée d'un brusque besoin de sommeil alternent avec une très grande fréquence.

L'importance du facteur hypnique explique, selon nous, que l'épilepsie de Petit Mal soit assez riche en équivalents d'absence, qui sont en somme des « états seconds » qui vont de l'état de rêve à l'automatisme somnambulique.

C'est la même prédominance du facteur hypnique qui explique l'extrême fréquence de ces états de conscience dans la forme suivante de comitialité, l'« épilepsie psycho-motrice ». Mais ici l'élément hypnique prédomine au point qu'il peut parfois exister seul, d'où la fréquence beaucoup plus grande de l'état psychomoteur dans cette forme ; au contraire, dans le Petit Mal, le facteur saisissement prédomine, d'où l'importance quasi-exclusive de l'absence.

Le rapprochement de ces deux formes de comitialité se fera aussi, comme nous le verrons, sur le plan thérapeutique.

Mais à cause des aires corticales sensorielles rhinencéphaliques et temporales mises en jeu dans l'épilepsie psycho-motrice, celle-ci est coiorée d'une riche symptomatologie sensorielle qui assure souvent sa spécificité.

c) *La crise de pointes-ondes lentes* (Petit Mal variant), dues à un foyer de la région temporale ou de son voisinage, peut être une brutale absence avec myoclonies et elle est ainsi bien voisine des deux formes précédentes, comme elle peut n'être que le prélude d'une crise psycho-motrice, semblable à celle de la *crise d'ondes à 4-6 cycles-seconde* ou de la *crise dépressive*.

Celles-ci peuvent être marquées par une absence pure, qui correspond à la décharge, avec courte phase tonique, mais le plus

souvent le déficit cérébral est moins intense, et l'absence laisse persister des automatismes ou des mouvements de crispation ou de frottement des mains. Le déficit des fonctions supérieures laisse souvent s'exprimer une réaction de peur ou d'angoisse furieuse, ou de violence, véritable libération par l'inconscience d'instincts élémentaires.

Mais le déficit psychique peut être léger, et c'est la pensée obsédante, angoissante ou pleine de jouissance, terrifiante, déprimante ou mégalomaniacale, c'est le déroulement incohérent de la pensée, c'est la dépersonnalisation, l'étrangeté.

La réaction hypnotique se fera ici d'autant mieux que l'atteinte cérébrale ne sera pas une sidération complète ; elle sera calquée en intensité sur la crise, brusque besoin de dormir d'allure narcoleptique avec angoisse, état onirique déjà, avec classique état de rêve, rêve même coloré d'une sensorialité qu'ajoute l'excitation des aires sensorielles corticales embrasées par le foyer.

L'observation d'un de nos malades est typique : son épilepsie est apparue avec une récurrence de vertiges et d'écoulement de la plaie d'un évidemment pétro-mastoïdien ancien ; son liquide céphalo-rachidien avait alors une nette réaction cellulaire ; l'électro-encéphalographie montre la présence d'un foyer temporal ; le malade décrit lui-même ses crises de la façon suivante :

Brusque odeur, comme une odeur de chloroforme violent, et sueur dans le dos : « Je pars en rêve », « il vient des tas de choses dans ma tête, très difficiles à expliquer, comme dans les rêves, puis je perds connaissance ». Il a parfois après cette aura une grande crise avec morsure de la langue et automatisme complexe au réveil : inconscient, il enlève ses chaussures, quitte son domicile et se retrouve pieds nus, à quelques centaines de mètres de chez lui, tout honteux de rentrer dans cette tenue curieuse, sous l'œil narquois des passants.

Il raconte ainsi sa dernière crise : « J'avais rêvé pendant la nuit que j'avais des lapins et que ma gosse m'avait donné du pain pour eux. Dans le tram, ça m'est revenu dans la tête, mais avec violence, comme si la gosse était avec moi, et j'ai eu le goût du pain à la bouche, comme si je le mangeais, et je l'ai eu à la main, exactement la même impression que dans mon rêve. »

On voit comment chez ce malade se groupent déficit des fonctions psychiques avec mentisme, état confuso-onirique et hallucinatoire. Nous voyons comment baisse du niveau psychique et irritation sensorielle corticale se groupent pour former une hallucination, suivant le mécanisme sur lequel nous avons insisté récemment avec P. Cossa. N'est-ce pas à une telle explication.

baisse d'un contrôle supérieur, état d'angoisse, libération d'un psychisme inférieur que ressortissent les crises pseudo-névropathiques ou hystériformes non exceptionnelles chez ces comitiaux ? Delay n'a-t-il pas pu guérir par persuasion les équivalents d'un de ses malades ?

La crise clinique traduit donc à la fois le saisissement du cerveau et sa réaction hypnique, confuso-onirique, quel que soit le mécanisme de l'attaque. Il est bien entendu qu'à tel mécanisme correspond plus volontiers, en raison de l'intensité du saisissement qu'il crée et de la possibilité de réaction qu'il laisse, telle résultante clinique plutôt que telle autre.

Le type électrique traduit le mécanisme de l'atteinte cérébrale, mais celui-ci peut avoir tous les degrés ; dans tous les cas, les déficits de conscience et la réaction hypnique dépendent du diencéphale :

a) celui-ci peut être embrasé aussi bien par des pointes idiopathiques que par une épilepsie dite de Petit Mal dont le processus devient intense, que par un foyer ; et alors c'est la grande crise ;

b) le diencéphale peut ne perdre que partiellement ses fonctions de conscience, de l'absence plus ou moins inconsciente jusqu'à la simple gêne du déroulement de la pensée ;

c) il peut voir au contraire ses facultés hypniques se développer du rêve à la confusion, au sommeil ou au coma ; et cette atteinte peut aussi bien être, dans tous ses degrés, due à un processus primitivement diencéphalique mais plus ou moins important, qu'à un processus irritant secondairement le diencéphale, et peut-être par l'intermédiaire du système rhinencéphalique dont on sait qu'il est en somme un paléo-cortex à connexions réticulées étroites, avec un rôle certain sur l'activité cérébrale.

En gros il y a rapport étroit entre type clinique et type électrique, entre le mécanisme de l'atteinte du cerveau et l'effet de cette atteinte.

Mais il y a des discordances, car tel mécanisme, suivant son intensité, donnera des degrés variables, semblables ou voisins de ceux que d'autres mécanismes sont capables de donner : ni le déficit, ni la réaction hypnique ne sont spécifiques. Ces états voisins sont parfois d'une analyse clinique possible, parfois impossible du fait de leur brièveté. Aussi l'électro-encéphalographie est-elle un appoint capital pour montrer le mécanisme de l'attaque, par conséquent le type exact de la crise, et l'indication thérapeutique qu'il peut comporter.

IV. ESSAI DE SYNTHÈSE

Nous venons de voir comment les différents mécanismes de crise épileptique font souffrir le diencephale et, par là, comment se fait leur traduction clinique. Il reste à savoir pourquoi il y a différents mécanismes de crise et pourquoi ceux-ci ont une traduction électrique différente.

Les acquisitions actuelles ne permettent guère que des hypothèses.

On sait tout d'abord qu'il y a deux types d'atteinte du diencephale :

1° une atteinte qui lui est propre, directement diencephalique :

2° une atteinte qui se fait indirectement par bombardement ou par voisinage.

1° Les formes d'épilepsie spécifiquement diencephaliques sont le Petit Mal fait de pointes-ondes à 3-5 cycles-seconde rythmiques bilatéraux synchrones, et certaines formes de Grand Mal, épilepsie de polypointes. On sait qu'entre les deux paraît exister dans quelques cas une question de degré. Une crise de Petit Mal clinique ou expérimentale peut se transformer, par l'intensité des décharges, en une crise de Grand Mal ; mais à partir d'un certain moment existe une différence de nature. Et il semble bien que le Grand Mal soit un type d'embrasement particulier, qui existe d'une façon autonome, et auquel peuvent aboutir tous les types de comitialité.

2° Les formes d'épilepsie qui atteignent indirectement le diencephale sont les formes focalisées corticales.

Les unes, celles de la convexité des hémisphères, ne l'atteignent que d'une façon rare et très indirecte ; elles gardent l'allure électrique de foyer, et ce n'est que lors d'embrasements intenses qu'elles atteignent le diencephale.

Les autres, celles de la face profonde des hémisphères, et plus particulièrement de la région du sulcus falciforme et de l'insula, l'atteignent moins indirectement. Elles sont para-diencephaliques et elles mettent en jeu le diencephale dans leur expression clinique et électrique. Mais elles le mettent en jeu d'une façon habituellement moins intense que ne le font les processus directement diencephaliques, lui laissant plus de possibilité de réaction, ce qui expliquerait que les troubles d'allure hypnique soient particulièrement fréquents dans ces formes. Il est probable que, contrairement aux formes focalisées précédentes qui atteignent des aires de l'isocortex, celles-ci mettent en jeu l'allocortex.

En effet, depuis H. Jackson qui décrit l'épilepsie uncinée, tous les auteurs s'accordent pour attribuer un rôle de plus en plus important, dans cette épilepsie, à des foyers corticaux profondément situés dans cette région qui groupe face orbitaire du lobe frontal, face mésiale du lobe temporal, insula et hippocampe.

Or cette région a une triple spécificité, ontogénique et anatomique, fonctionnelle, et pathologique. Les caractères de cette triple spécificité pourraient expliquer bien des particularités de l'épilepsie dite temporale ou psycho-motrice.

Tout d'abord la localisation prédominante des foyers épileptogènes responsables de cette forme d'épilepsie dans toute cette région dont on sait qu'elle forme un tout ontogénique ancien.

On sait d'ailleurs les connexions anatomiques et physiologiques étroites du rhinencéphale et du système dits des noyaux intra-laminaires et de la ligne médiane du thalamus ; cela expliquerait leur analogie de fonction. On sait en effet le rôle que l'on fait jouer au système rhinencéphalique dans la régulation des états de conscience. On comprendrait ainsi la prédominance du facteur hypnique clinique et électrique dans cette sorte de comitialité qui, sans sidérer directement le diencephale, ne l'atteindrait en somme que secondairement à l'embrasement du rhinencéphale, lui laissant ainsi plus de possibilité de réaction. Nous avons vu, en effet, que bien des caractères électriques de la crise dite psycho-motrice s'accorderaient avec la mise en jeu du cortex limbique (siège profond du foyer et analogie des tracés et de ceux obtenus par Jasper lors de l'excitation du cortex limbique).

Enfin les connexions bilatérales étroites de ce système rhinencéphalique qui en fait un tout homogène, et la susceptibilité particulière de ces régions à une série de facteurs pathogènes, comme l'a montré Spilmeyer (anoxie, trauma, hypo-glycémie, sénescence, toxi-infections diverses, etc...), expliqueraient la fréquence des foyers bilatéraux dans cette sorte d'épilepsie et la fréquence des récides du côté opposé, après cure chirurgicale unilatérale d'un foyer.

Il serait ainsi bien difficile de refuser, à cette région particulière du cortex, de réagir d'une façon particulière à l'embrasement épileptique et tout paraît s'accorder pour permettre de penser que cette manière spéciale de crise est celle que nous appelons épilepsie temporale ou psycho-motrice, et que depuis longtemps Jackson avait individualisée dans son caractère clinique et son siège anatomique sous le nom de crise uncinée.

Un point peut être encore à discuter, il s'agit du rôle des autres parties du lobe temporal dans leurs relations anatomiques, physiologiques ou pathologiques avec cette région. Ne serait-ce pas par cette région qu'un foyer cortical superficiel pourrait atteindre le diencéphale, puisque l'on sait que le lobe temporal est le seul à ne pas avoir de connexions thalamiques ?

On pourrait ainsi pousser le schéma et l'hypothèse de travail jusqu'à dire que :

1° il y a des crises épileptiques qui ont leur origine sur le cortex de la convexité des hémisphères ;

2° il y a des crises qui ont leur origine dans le diencéphale ;

3° certaines crises mettent en jeu essentiellement l'allocortex, le système rhinencéphalique et les régions qui, ontogéniquement et anatomiquement, lui sont reliées (insula, région hippocampo-falciforme).

L'épilepsie Petit Mal, diencéphalique, aurait peut-être son origine dans la portion intra-laminaire de la substance réticulée du diencéphale, comme peuvent le faire penser les expériences de Jasper et celles de Spiegel.

L'épilepsie dite psycho-motrice mettrait en cause le rhinencéphale qui est en relation avec le système réticulé diffus du diencéphale. Elle serait une épilepsie rhinencéphalique.

L'épilepsie Grand Mal serait due à un embrasement plus intense, plus diffus, primitif ou secondaire, du diencéphale (1).

Ainsi entre lieu d'origine de la crise, image électrique de la décharge et traduction clinique existeraient des relations étroites et des possibilités de variation suivant l'intensité du phénomène épileptique qui déborderait les structures primitivement mises en cause.

V. RESUME ET CONCLUSIONS

RÉSUMÉ

1° En partant du phénomène simple de la décharge épileptique localisée, on essaie d'arriver à une vue synthétique des images apparemment très diverses des différentes formes d'épilepsie.

La décharge localisée corticale à type de pointes correspond à l'image expérimentale de la crise « épileptique » d'un agrégat cellulaire quelconque.

(1) L'épilepsie myoclonique pure mettrait en cause le système réticulé du mésencéphale.

Lorsque le diencephale est atteint par l'embrasement épileptique, il répond par des crises dites généralisées qui correspondent aux types dits de Petit Mal, Grand Mal, Mal psycho-moteur, suivant que l'atteinte diencephalique est primitive ou secondaire à un foyer de voisinage. Le Mal psycho-moteur est étudié avec ses différentes variétés, dont les crises avec tracés peu amples que l'on veut intégrer à cette modalité d'épilepsie.

L'unité de ces variations morphologiques graphiques est soutenue en remarquant que l'image enregistrée de crise généralisée est l'image de l'atteinte fonctionnelle du diencephale. Celui-ci est embrasé par le processus épileptique, mais il est aussi atteint dans ses fonctions de régulation hypnique, si bien que l'image de crise est toujours faite des deux éléments successifs, décharge et effet secondaire hypnique. Ces deux éléments se combinent de façon diverse suivant la modalité d'atteinte du diencephale, et son intensité, pour donner les formes de crise Grand Mal, Petit Mal et psycho-motrice : embrasement suivi de sommeil post-critique dans le Grand Mal ; combinaison intime des deux dans la décharge de pointe-onde du Petit Mal ; combinaison et prééminence rapide de la phase hypnique qui peut même exister apparemment seule (tracés peu amples), dans le mal psycho-moteur.

2° La même analyse est faite des états de conscience observés au cours du Grand Mal, Petit Mal et Mal psycho-moteur ; elle montre que le coma, l'absence, l'état confuso-onirique avec automatisme, s'ils sont observés plus fréquemment dans la forme d'épilepsie correspondante, ne lui appartiennent pas en propre.

Cela parce qu'ils sont faits d'éléments non spécifiques traduisant le saisissement du diencephale, et l'atteinte de ses fonctions hypniques et végétatives.

Ces trois éléments, saisissement, état hypnique, trouble végétatif se combinent à des degrés divers, suivant le degré d'atteinte du diencephale. Ainsi, chaque combinaison peut réaliser un état apparemment spécifique de chaque mécanisme de crise, mais il suffit que celui-ci varie dans son intensité pour qu'il emprunte la symptomatologie habituellement propre à un autre type de crise.

Avec ces deux séries de données parallèles, cliniques et électrologiques, un schéma de corrélation générale électro-clinique est tracé pour toutes les formes de comitialité envisagées, et pour leurs différents degrés d'intensité.

3° Après l'analyse des modalités d'action des différents mécanismes de crise, on cherche, dans un essai de synthèse, à quoi correspondent ces différents mécanismes.

La raison de leur existence paraît justifiée par la nature et le rôle physiologique des structures mises en cause.

L'épilepsie corticale ne met en cause que les aires qu'elle embrase, et, tout à fait indirectement, elle peut atteindre le diencéphale.

L'épilepsie diencéphalique correspond au Petit Mal et au Grand Mal ; celui-ci est surtout le type majeur de crise diencéphalique et sa spécificité est réelle, mais mal définie ; il peut être l'aboutissant de toute épilepsie.

La réalité d'une épilepsie rhinencéphalique est soutenue qui correspond aux crises uncinées de Jackson, à l'épilepsie hippocampo-falciforme, à l'épilepsie psycho-motrice ou temporale. On s'appuie pour cela sur un parallèle entre la triple spécificité anatomique, physiologique et pathologique de cette région, et les caractères de l'épilepsie dite psychomotrice, en particulier la prééminence du facteur hypnique électrique et clinique (avec automatismes) et l'expression souvent bilatérales des atteintes de cette région, et le comportement affectif de ces malades.

CONCLUSION

L'analyse des données électriques et cliniques actuelles sur l'épilepsie nous permet déjà de mettre en évidence, dans le mécanisme de celle-ci, plusieurs modes d'atteinte du diencéphale, embrasement, trouble hypnique et trouble végétatif et phénomènes moteurs. Elle nous permet aussi de mettre en évidence trois mécanismes d'atteintes correspondant à trois sortes de structures primitivement embrasées : une atteinte corticale, qui peut mettre en cause indirectement le diencéphale ; une atteinte directement diencéphalique ; une atteinte rhinencéphalique ou hippocampo-falciforme, qui peut atteindre secondairement le diencéphale par voisinage ou contiguïté anatomo-physiologique.

Ces considérations ne sont pas inutiles, car elles éclairent le traitement moderne de la comitialité, dont les grandes lignes peuvent être tracées suivant ce même schéma :

1° Le traitement cherche à lutter, par des anti-épileptiques, contre l'embrasement des structures neurales.

A cet embrasement s'opposent des anti-épileptiques de synthèse qui ont tous un noyau commun.

Mais à chaque structure mise en cause paraît correspondre un anti-épileptique qui lui convient plus particulièrement. Si l'embrasement épileptique est toujours le même, dans son essence,

quel que soit l'agrégat cellulaire atteint, il y a cependant une certaine spécificité propre à chacune des grandes structures mises en cause.

A l'atteinte diencéphalique correspond la triméthadione, presque spécifique de la plus pure des épilepsies diencéphaliques, le Petit Mal ; Gastaut et Hunter ont montré que ce médicament est toujours utile s'il y a embrasement, primitif ou même secondaire, du diencéphale.

A l'atteinte rhinencéphalique paraît correspondre la phénacétylurée, douée d'une efficacité très grande dans ce type de comitialité.

A l'embrasement épileptique en général, intense, cortical ou diencéphalique, correspondent toujours gardénal et hydantoïnes.

L'incertitude du traitement du Grand Mal diencéphalique, qui tire profit de la triméthadione et du gardénal, provient de ce que cette forme d'épilepsie n'a de spécifique que le fait qu'elle est l'embrasement épileptique majeur : l'épidione est utile puisqu'il s'agit d'une crise diencéphalique, mais la gravité de celle-ci nécessite l'adjonction de tous les anti-épileptiques les plus puissants.

2° L'embrasement des structures neurales est une chose contre laquelle essaient de lutter les anti-épileptiques proprement dits.

Mais les troubles secondaires, hypniques et végétatifs, ne sont pas sans intérêt :

a) les antihypniques, comme l'amphétamine, soutenant le tonus de veille, et créant ainsi une désynchronisation qui s'oppose à l'hypersynchronisation épileptique, peuvent être utiles ; ils peuvent même suffire, paradoxalement au premier abord, à supprimer certains phénomènes comitiaux (Delmas-Marsalet) ;

b) il n'est pas jusqu'aux sédatifs du système végétatif qui ne se montrent utiles, et permettent parfois, par l'adjonction simple de belladone au traitement d'un malade dont les troubles viscéraux critiques sont intenses, d'obtenir une nette amélioration que des doses toujours plus grandes d'anti-épileptiques n'arrivaient pas à procurer.

Il est d'ailleurs curieux de constater que la phénacétylurée, qui est la seule hydantoïne dont l'excès de dose peut provoquer de l'insomnie, est utile dans la forme d'épilepsie, dite psychomotrice, où les phénomènes hypniques sont les plus importants, et où l'ortédrine en association aux barbituriques et aux hydantoïnes avait donné d'excellents résultats thérapeutiques.

La phénacétylurée et l'ortédrine sont aussi très utiles parfois dans la seconde forme de comitialité qui, selon nous, est l'image

la plus parfaite de la combinaison de l'hypersynchronie de crise et de l'hypersynchronie du sommeil, le Petit Mal.

*
**

Vouloir unir en une synthèse simple type électrique de crise, type clinique, mécanisme physio-pathologique, lieu d'origine et structures mises en cause, enfin possibilités thérapeutiques, est certainement une vue schématique et prématurée.

Elle ne saurait couvrir tous les cas rencontrés ; et tous les jours encore des formes d'épilepsie complexes débordent ces cadres. La clinique quotidienne ne nous ménage pas ses surprises, et tel épileptique du type Petit Mal, apparemment le plus pur, est aggravé par la triméthadione, telle épilepsie lésionnelle tumorale ne trouve un soulagement que dans la triméthadione, et l'on pourrait multiplier les exemples.

Chacune des formes que nous avons décrites couvre en réalité des types différents, et l'analyse de nos tracés de Petit Mal nous montre bien des particularités, de même que ce que nous appelons épilepsie de Grand Mal nous est encore bien mal connu.

Il reste tout le phénomène moteur myoclonique et tonique, et, avec réserve, akinétique, que nous n'avons pas envisagé, faute de données acquises suffisantes.

Il reste enfin la nature du phénomène épileptique lui-même, et les troubles métaboliques qu'il comporte, qui sont de la première importance, puisque nous opposons avant tout à l'épilepsie une thérapeutique chimique.

Nous n'avons en somme envisagé que la traduction, l'image clinique et électrique du phénomène épileptique, non sa nature même. Il nous semble cependant que son analyse nous permet une compréhension plus grande dans une vue générale qui donne quelque satisfaction à l'esprit, des grandes données actuelles apparemment hétérogènes et contradictoires de prime abord. Ce schéma enfin ne paraît pas seulement théorique, mais doué d'une certaine efficacité diagnostique et thérapeutique, puisque de la confrontation de l'image clinique et électrique de la crise, toujours rapprochées l'une de l'autre, on peut déduire les mécanismes mis en jeu, et les éléments thérapeutiques qui en découlent.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 14 janvier 1952

Présidence : M. le professeur H. WALLON, président

PRÉSENTATIONS

Examen anatomo-pathologique de l'encéphale d'un dément précoce mort au cours d'une électronarcose 23 mois après une lobotomie, par MM. L. MARCHAND, J. RONDEPIERRE, P. HIVERT et P. LEROY.

L'observation suivante présente un double intérêt : la mort survenue au cours même d'une électro-narcose, la localisation et les caractères des lésions cérébrales vingt-trois mois après la lobotomie. Notre intention n'est pas de critiquer des méthodes thérapeutiques qui font chaque jour la preuve de leur efficacité, mais nous pensons que notre devoir est de faire l'étude des cas malheureux, de discuter les moyens de diminuer leur fréquence, de chercher à rendre ces interventions encore plus favorables.

OBSERVATION. — L..., âgé de 22 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard le 26 septembre 1946, après un an de traitement psychanalytique.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires avoués, ses parents sont bien portants. Il a un frère de 11 ans qui est normal. Aucune maladie grave durant son enfance ; son développement intellectuel se fit lentement et il obtint avec peine, à 15 ans, son certificat d'études primaires. Ses connaissances scolaires sont restées rudimentaires. Vers l'âge de 18 ans, il se mit à lire des livres de philosophie et de spiritisme. Il apprit assez facilement la photogravure.

D'après ses parents, les troubles mentaux auraient débuté à l'âge de 22 ans, mais en fait ils se sont développés beaucoup plus tôt, comme le montrent les renseignements donnés par le malade lui-même.

A son entrée à l'hôpital, on se trouve en présence d'un jeune homme qui porte une chevelure longue à type féminin.

Il nous dit que, dès l'âge de 4 ans, il était une femme et qu'il avait honte d'être habillé en garçon. A l'école, ses camarades le regardaient drôlement. Il aurait essayé dans la suite de réagir contre cette idée de se croire femme et de se persuader qu'il est un homme, mais en vain. Il a pris des habitudes féminines, il a laissé pousser ses cheveux ; plusieurs fois il s'est habillé en femme et s'est maquillé. Il s'est fait épiler la barbe et les poils. A 17 ans, il a « fait le trottoir » ; plusieurs fois il s'est fait accoster par des hommes, avec lesquels il eut des rapports homosexuels, jouant le rôle du personnage passif. A 18 ans, il eut cependant des rapports sexuels avec une femme, mais il conservait l'idée qu'il était une femme.

A noter une anesthésie affective complète. Apragmatisme ; indifférence concernant son internement. Les réflexes tendineux sont vifs ; pas d'autres signes neurologiques. Eréthisme cardiaque.

L... est soumis au traitement suivant : 20 comas insuliniqes avec électro-chocs associés. Aucun résultat. En janvier et février 1947, 2^e série de 31 comas avec électro-chocs associés, puis une 3^e série de 34 comas avec électro-chocs associés. Non seulement on n'obtint aucune amélioration, mais l'état mental s'aggrava progressivement. Les idées de mutation corporelle ne furent plus exprimées. Le mutisme devint presque absolu. En mars 1948, on tente sans succès un traitement de sulfosine.

Une leucotomie est pratiquée le 10 mars 1949 ; dès que les trous de trépan sont forés, on constate une méningite séreuse légère avec, des deux côtés, une hypervascularisation corticale bilatérale. Aucun incident dans la suite. En juillet 1949, on observe une amélioration transitoire de l'état mental, qui n'a qu'une courte durée. Une cure de 40 comas est bien supportée par le malade. Le mutisme est absolu ; le sujet ne mène plus qu'une vie purement végétative. En août 1950, 7 séances d'électro-chocs prolongés sont sans aucun effet.

En janvier 1951, devant l'échec de ces divers traitements, on entreprend un traitement par électro-narcose à raison de deux séances par semaine. Les neuf premières séances se passent sans incident. Le 14 février, au cours de la dixième séance, à la troisième minute, syncope bleue (cyanose de la face) ; apnée irréductible et arrêt du cœur ; tentative de réanimation pendant trois heures. Le malade meurt 23 mois après la lobotomie.

EXAMEN MACROSCOPIQUE : *Encéphale*. — L'hémisphère droit pèse 600 grammes, le gauche est du même poids. Le cervelet et le bulbe pèsent 180 grammes. La pie-mère présente quelques suffusions sanguines.

Hémisphère droit. — A trois centimètres en arrière du pôle frontal, fissure vertico-transversale de deux centimètres de profondeur intéressant la moitié externe de la substance blanche ; ses bords sont anfractueux et de couleur ocre.

On note en outre un foyer hémorragique ancien au niveau de l'axe blanc de la 3^e frontale, à sa partie la plus externe. Il s'étend jusque dans la substance blanche de la 2^e frontale droite, sous forme d'un kyste à paroi lisse, de coloration ocre ; dimensions : 2 cm. de large et 1 cm. de hauteur.

Hémisphère gauche. — La 1^{re} frontale au niveau du pôle et la 2^e frontale à sa partie supérieure sont dépourvues de pie-mère et sont morcelées (artéfact). Dans la substance blanche, sous la 1^{re} et 2^e frontales, présence d'une

perte de substance vertico-transversale, de forme kystique, dont les parois sont lisses et légèrement jaunâtres ; dimensions : 2 cm. de largeur, 8 mm. de hauteur, 1 cm. de profondeur.

Foyer hémorragique ancien de la grosseur d'un petit pois, de teinte jaune hématique, situé au pied de la 3^e frontale, dans la substance blanche.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : Hémisphère droit. — La fissure notée à l'examen macroscopique intéresse la pie-mère, les régions corticales et sous-corticales, la substance blanche centrale.

La pie-mère se présente sous forme d'un tissu réticulé, comblant la région externe de la perte de substance. Elle est intimement soudée au cortex et revêt l'aspect d'un tissu fibreux envahi par de nombreux corps granuleux bourrés de pigment ocre, tassés les uns contre les autres ; on note aussi dans les zones voisines une poussière très fine de pigment. De nombreux vaisseaux sont entourés de manchons lympho-plasmocytaires.

Dans la région corticale bordant la fissure hémorragique cicatricielle, disparition des cellules ganglionnaires. Dans les autres régions corticales voisines, les cellules sont, ou atrophiées, ou profondément lésées d'une façon aiguë.

Les bords de la fissure sont formés d'un tissu névroglique d'aspect fibreux très vascularisé ; l'endothélium des artérioles a proliféré. Toute cette région est encombrée de macrophages bourrés de pigment. La sclérose névroglique s'étend profondément dans la substance blanche qui, loin de la fissure, est encore envahie par des corps granuleux. Au niveau du pôle frontal, atrophie des cellules ganglionnaires et hyperplasie névroglique de la couche moléculaire corticale.

Dans les régions cérébrales éloignées du traumatisme lobotomique, les cellules ganglionnaires sont atteintes d'atrophie aiguë ; cette lésion peut être due aux traitements de choc subis par le malade. Il en est de même des figures de satellitose, qui s'observent dans les couches profondes du cortex et de la capillarite siégeant dans la zone sous-corticale. Par endroits, on note la présence de réactions lymphocytaires périvasculaires. Dans la substance blanche, la névroglie fibrillaire est légèrement hyperplasiée d'une façon diffuse.

Dans la couche optique, atrophie de la plupart des cellules du noyau dorso-médian et atrophie d'un grand nombre des éléments du noyau ventral latéral. Aucune prolifération névroglique, aucune lésion vasculaire. Au Weigert-Pal, on ne note aucune dégénérescence fasciculaire.

Hémisphère gauche. — Suffusions sanguines pie-mériennes récentes sans adhérences méningo-corticales.

Au niveau de la perte de substance pseudo-kystique signalée à l'examen macroscopique, les parois sont le siège d'un tissu cicatriciel semblable à celui que l'on observe dans les foyers hémorragiques cérébraux anciens. On note tout d'abord une couche de névroglie fibrillaire, dans laquelle sont épars de gros mononucléaires ; sous cette couche, sclérose névroglique également très fibrillaire avec nombreux noyaux névrogliques presque dépourvus de cytoplasma. Par places, entre ces deux couches, il y a une zone formée de brides névrogliques composées de cellules très allongées prenant un aspect bipolaire et renfermant un noyau ovalaire. Ces brides sont vascularisées et envahies par endroits par de nombreux foyers de corps granuleux pigmentés.

Au niveau de la couche corticale, présence de quelques cellules ganglionnaires, qui ont perdu toute orientation et qui sont en état de pycnose. Dans la substance blanche, le tissu de sclérose s'étend très profondément.

La pie-mère, située autour des circonvolutions voisines de la région lobotomique, est infiltrée de corps granuleux bourrés de pigments lipoïdiques.

Au niveau du pôle frontal, on note une raréfaction des cellules du cortex ; les éléments qui persistent sont atrophies et déformés. Pas de figures de satellitose. Aucune réaction névroglique inflammatoire. Pie-mère normale.

Dans la couche optique, on note l'atrophie de la plupart des cellules des noyaux thalamiques, avec raréfaction des cellules les plus périphériques du noyau dorso-médian ; il s'agit de lésions atrophiques chroniques portant surtout sur le cytoplasma.

Cervelet. — Aucune lésion méningée ou vasculaire. De place en place, certaines cellules de Purkinje sont atteintes d'atrophie aiguë.

Bulbe. — Aucune dégénérescence fasciculaire. Cellules des noyaux crâniens très altérées, d'une façon aiguë. Présence de nodules névrogliques.

Ce cas de mort d'un sujet âgé de 26 ans au cours même de l'électro-narcose paraît dû à une syncope bulbaire. L'apnée et l'arrêt instantané du cœur plaident en faveur de cette pathogénie. Dans l'encéphale, on ne note aucune hémorragie récente, aucune altération cause d'une mort subite. Seules les lésions, séquelles de la lobotomie, peuvent être incriminées, car elles sont importantes et ne se sont pas stabilisées. Comme nous le montrons plus loin, leurs localisations sont spéciales. On peut admettre qu'un encéphale ainsi traumatisé peut, sous l'influence de l'électrochoc, exercer une réaction bulbaire inhibitrice exagérée. Dans le cas publié par l'un de nous avec Masson, la mort n'avait pas été aussi instantanée et il s'agissait d'une malade âgée artério-scléreuse. D'après les cas connus de mort au cours de l'électrochoc, il est manifeste que les causes en sont très variées. Notre cas semble indiquer que chez les sujets lobotomisés les traitements de choc présentent un certain danger.

Les constatations anatomo-pathologiques faites dans notre cas vingt-trois mois après une lobotomie montrent que les lésions bilatérales traumatiques restent considérables sous forme de kystes hémorragiques anciens, dont les parois sont encore le siège à la fois d'un processus cicatriciel et inflammatoire ; le fait important est que les incisions lobotomiques n'intéressent pas seulement une partie de la substance blanche des lobes préfrontaux, mais qu'elles débordent sur le cortex cérébral et la pie-mère, détruisant ainsi des régions cérébrales étendues de la face externe des lobes frontaux et qui devraient être respectées.

Ainsi, chez notre sujet, outre les lésions chroniques atrophiques des cellules ganglionnaires, substratum de la démence précoce, se compliquant d'altérations aiguës, en rapport probable avec les trai-

(1) L. MARCHAND et J. MASSON. — Un cas de mort par électrochoc. Considérations anatomo-pathologiques. *Société médico-psychologique*, 24 novembre 1917.

tements de choc, on note des lésions traumatiques lobotomiques altérant la substance blanche, le cortex et la pie-mère des lobes préfrontaux, enfin des dégénérescences secondaires éloignées des zones traumatisées.

DISCUSSION

M. G. BOITTELLE. — Le problème des inconvénients du choc après lobotomie demande à être posé. J'ai observé un cas de mort en cours d'insulinothérapie trois mois après une lobotomie. Mais on connaît aussi des cas d'amélioration survenus au cours de cures d'insuline pratiquées après intervention.

M. L. MARCHAND. — Il est des cas dans lesquels, en matière de démence précoce, tous les traitements se révèlent inefficaces. Ce sont les cas de démence précoce vraie, par immaturation. Dans ces cas, la lobotomie ne peut donner de meilleurs résultats que les autres méthodes.

D'autre part, la lobotomie pose un problème de technique. Elle peut être plus ou moins bien pratiquée. On a décrit récemment, à l'occasion d'une statistique de 122 cas, des résultats d'autant plus médiocres qu'elle avait été pratiquée plus près du corps calleux.

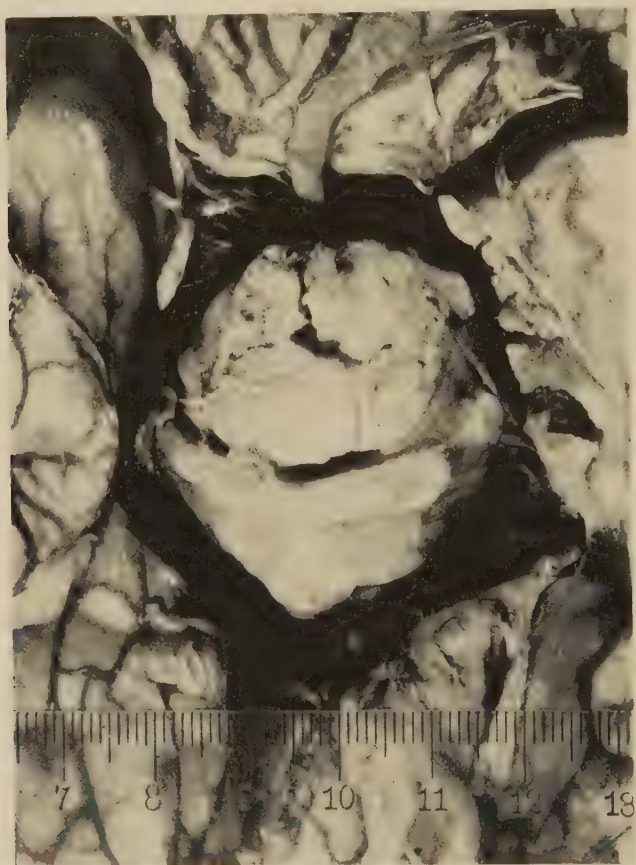
En toute hypothèse, il faut reconnaître que, même dans des cas dont on n'en saurait attendre une amélioration psychique, elle peut assurer, à condition d'être pratiquée correctement, une amélioration de l'état grabataire. Ce résultat est loin d'être négligeable en soi.

Syndrome de Cushing avec confuso-démence symptomatique d'un craniopharyngiome, par MM. G. BOITTELLE, L. FRUHLING et M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO.

Nous vous rapportons l'observation d'une malade présentant au point de vue mental un syndrome confuso-déméntiel, et au point de vue physique une obésité facio-tronculaire avec hirsutisme, hypertension, masculinisation, s'apparentant à ce qui fut décrit sous le nom de syndrome de Cushing et lié au développement d'un volumineux craniopharyngiome.

OBSERVATION. — Mme K... J., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital psychiatrique de Lorquin, le 8-8-1950, venant de la clinique psychiatrique de Strasbourg, avec le certificat suivant : « Est atteinte de confusion mentale avec désorientation et phases d'obnubilation, liée à un syndrome de Cushing vraisemblable : obésité, hirsutisme, aménorrhée, polydipsie, hypertension. Ventriculographie sans résultats nets. Amélioration sensible par un traitement de testostérone (0,075 par jour). — Professeur Gelma. » Si les troubles psychiques de nature confusionnelle sont d'apparition assez récente, les premiers signes cliniques remontent à environ cinq ans. Alors que la malade présentait un système pileux déjà antérieurement relativement important, un hirsutisme est apparu, qui n'a fait que s'accroître ultérieurement. Aménorrhée depuis cinq ans, accompagnée d'une frigidité secondaire totale ; depuis ce moment, son comportement s'est progressivement modifié, avec

quelques troubles du caractère, un intérêt moins marqué pour ses occupations ménagères qu'elle commençait à négliger, quelques périodes de tristesse et d'anxiété ; une masculinisation corporelle progressive ne tarda pas à s'installer, mais c'est surtout depuis le début de 1950 que les troubles se sont accentués avec de violentes céphalées, à point de départ frontal, irradiant dans toute la boîte crânienne, accompagnées de sensations vertigi-



neuses ; au cours d'une de celles-ci, elle fit même une chute assez grave, qui fit mettre par la famille, sur un traumatisme crânien, l'origine des troubles intellectuels qu'elle présente. Ultérieurement, environ un an avant son admission, elle présenta deux ou trois crises convulsives, se produisant principalement la nuit ; une fut constatée à la clinique psychiatrique de Strasbourg, le 16 mai 1950, crise épileptique typique. Accroissement pondéral important, la malade passant de 95 kg. à 125 en environ un an ; augmentation dans les derniers mois de l'hirsutisme, qui a pris une importance considérable, surtout marquée à la face, avec une barbe très importante et des moustaches. Apparition progressive d'un syndrome confuso-déméntiel s'étant installé au début de 1950 et aboutissant en mai à une incohérence

totale. Les premiers signes importants en furent, au début de 1950, une négligence progressive totale de tous soins ménagers, incurie, ne prenant plus aucun soin d'elle-même ; gâtisme intermittent, arrivant rapidement à être total ; polydipsie, la faisant se précipiter sur n'importe quel liquide pour le boire. Quelques troubles de la vision, consistant principalement au début en vision brouillée, à laquelle vinrent rapidement s'ajouter des périodes transitoires d'amaurose pratiquement totale. Confusion mentale transitoire avec obnubilation, fausses reconnaissances, turbulence, désordre de tout son comportement et de ses propos, nécessitant son hospitalisation au Bon-Secours à Metz, puis fut rapidement transférée à la clinique psychiatrique de Strasbourg, où elle resta trois mois ; le diagnostic de syndrome de Cushing avec confuso-démence fut légitimement posé. Le faciès s'est peu à peu modifié, très masculin, avec un hirsutisme extrêmement intense, virilisation du thorax, voix grave. La malade devait être extrêmement fréquemment rasée, et présentait, lorsqu'elle ne l'était pas pendant deux jours, une barbe dure, très fournie, recouvrant les joues, le menton, le cou, et des moustaches importantes ; hyperpilosité sur la poitrine, atrophie des seins, réalisant une poitrine masculine. Tout entretien avec elle était pratiquement impossible, en raison de l'obnubilation totale et des propos incohérents tenus ; gâtisme, polydipsie devenue modérée. Impossibilité de mobiliser l'attention de la malade, rendant tout examen extrêmement pénible. Parfois, dans de rares moments de lucidité, elle se plaignait de céphalées, ou d'avoir l'impression d'avoir la tête lourde.

L'examen neurologique, difficile à pratiquer, en raison de l'état mental, montrait des réflexes ostéo-tendineux normaux, une force musculaire apparemment conservée. Signe de Babinski intermittent, mais bilatéral. Le champ visuel ne put être exploré. Au fond d'œil : hémorragies punctiformes le long des vaisseaux à droite, sans particularité à gauche ; il n'y a ni stase, ni œdème ; tension artérielle oscillante entre 20/13 et 17/9, urée 0,25, glycémie 0,76, vitesse de sédimentation 15-35. Quelques jours plus tard, le fond d'œil ne montre plus l'existence des hémorragies punctiformes, mais un léger flou papillaire du côté nasal, nerf optique pâle. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Une ventriculographie pratiquée par le Dr Dany révèle une hydrocéphalie symétrique et égale. Le protocole en est ainsi conçu : on fore deux trous de trépan occipitaux sous-anesthésie locale. Après ouverture de la dure-mère, cerveau sous-pariétal, les cornes ventriculaires occipitales sont facilement trouvées et ne présentent pas d'hypertension. Injection d'air à droite, libre passage de l'air par le III^e ventricule. Injection de 40 cc. d'air. Ventriculographie bien supportée. Les images radiologiques montrent une hydrocéphalie symétrique. Fermeture à la soie.

Une radiographie du crâne montra l'absence de destruction osseuse, hyperostose frontale interne, selle turcique régulière, mais les apophyses ne sont plus visibles.

Une hyperglycémie provoquée donna les résultats suivants :

Glycémie de	0 minute		0,93 gr. par litre	
—	20	—	1,18	—
—	40	—	1,56	—
—	60	—	1,76	—
—	120	—	1,81	—
—	180	—	1,01	—

A des radiographies de comparaison du reste du squelette, on observe une légère décalcification des deux mains et une spondylose dorsale.

Soumise à un traitement par la testostérone, à raison de 50 mg. par jour, la polydipsie diminue et le poids passa de 125 à 96 kilos. Il y eut une légère amélioration de l'état mental avec alternance de confusion et de période de lucidité, mais la désorientation dans le temps et dans l'espace persistait, et il n'y eut aucune diminution de l'hirsutisme.

A son arrivée dans le service de Lorquin, des constatations identiques à celles effectuées à Strasbourg furent faites, et rapidement le syndrome confuso-démientiel fut continu, sans périodes de semi-lucidité ; la malade ne se levait pas, était gâteuse, s'alimentait difficilement, et la polydipsie ne fut plus constatée. Existence de quelques périodes d'agitation, alternance avec une stupeur presque totale. Cette obnubilation intense ne permit pas de préciser le degré de vision, mais il semble que celle-ci ait été très diminuée, la malade ne réagissant pratiquement pas lorsqu'on approchait d'elle un objet. Progressivement, chute dans un marasme complet avec hypothermie autour de 35,5-36, pouls parallèle à la température, escarres fessières. Ponction lombaire et encéphalographie gazeuse ne furent pas pratiquées, en raison de la probabilité d'une tumeur cérébrale. En quelques jours, chute dans un coma profond, se terminant en trois jours par la mort.

L'examen anatomique ne révèle pas d'anomalie importante au point de vue des viscères abdominaux et thoraciques, sauf un cœur un peu hypertrophié ; les surrénales sont microscopiquement normales. Encéphale : présence d'une volumineuse tumeur basilaire intéressant la région du III^e ventricule, ovoïde de 5 cm. × 5 cm., hypophyse laminée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : *Hypophyse*. — 0 gr. 850, réduite à une lamelle allongée, présentant aux coupes serrées une basophilie diffuse, relativement importante. Absence de tout adénome.

Surrénales. — Hyperplasie adénomateuse diffuse banale et modérée du cortex (image modérée d'hyperfonctionnement).

Thyroïde. — Hyperplasie adénomateuse modérée. Poids : 80 gr.

Reins. — Banaux.

Tumeur du plancher du III^e ventricule. — Crânio-pharyngiome typique : épithélioma pavimenteux stratifié à évolution kératosique nette (assez nombreux amas et globes cornés parfois calcifiés) ; ailleurs, évolution cylindromateuse ou pseudo-cylindromateuse par transformation myxoïde des axes conjonctivo-vasculaires. La malignité de cette tumeur est certaine ; on note l'existence d'images d'envahissement du plancher du III^e ventricule, mais malignité modérée.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Ce cas attire une fois de plus l'attention sur les tumeurs à symptomatologie trompeuse ou évoluant sans symptômes cliniquement décelables. J'en ai observé plusieurs exemples.

Une tentative de suicide assez peu commune : par implantation de clous dans le crâne, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO et M. J. HOURCARD.

L'idée de suicide est d'une particulière fréquence en pathologie mentale. Le suicide des aliénés est le plus souvent accompli par des moyens banaux, mais les suicides étranges sont encore relativement fréquents et la littérature psychiatrique en offre maints exemples.

Nous allons rapporter ici une observation qui, par plus d'un point, rappelle celle du docteur Dubrisay, rapportée voilà déjà bien longtemps par Moreau de Tours. De longs clous de charpentier ont ici remplacé le poignard.

OBSERVATION. — M. S... Paul, 58 ans, comptable, nous est adressé au service libre le 9 août 1951. Son anxiété est très vive, son faciès très douloureux, il ne parle pas spontanément, et ce n'est qu'après avoir été mis en confiance et seul, en tête-à-tête avec le médecin, que peu à peu M. S... nous raconta son histoire :

Depuis plusieurs mois, il avait des difficultés professionnelles nombreuses, mais ce sont surtout des complications familiales graves, insolubles pour lui, nous dit-il, qui l'ont mis dans cet état : voilà deux ans, il a épousé sa nièce, de dix-huit ans plus jeune que lui. Elle avait été abandonnée enceinte et il a voulu lui éviter ainsi le déshonneur. Pendant plus d'un an, la vie conjugale fut normale et S... était heureux. Mais peu à peu il eut des difficultés à satisfaire pleinement les exigences sexuelles de sa jeune femme et, des éjaculations précoces venant encore compliquer la situation, les rapports sexuels devinrent pratiquement impossibles. S... était persuadé qu'il avait réussi à se faire aimer physiquement par sa jeune femme, et sa relative impuissance sexuelle lui fut insupportable. L'idée de disparaître, de rendre sa femme libre, de ne pas jouer le rôle de vieux mari impuissant s'imposa très rapidement à son esprit : insomniaque, anorexique, un monoïdéisme obsédant s'empara de lui ; il voulait mourir le plus rapidement possible. Le passage à l'acte ne fut pas immédiat, le malade restait prostré des journées entières et pleurait. Brusquement, un matin d'hiver, il se déshabilla, ouvrit la fenêtre et, assis sur une chaise, attendit : il espérait ainsi attraper une pneumonie, ne pas se faire soigner et mourir. En réalité, il n'y eut aucune suite grave. Deux mois après, nouvelle tentative de suicide au gaz, sans résultat. S... fut de plus en plus étroitement surveillé par sa famille, ne sortait plus et passait ses journées sur une chaise, en proie à son monoïdéisme obsédant. Deux mois après, brusquement, S... s'empara d'un long clou de charpentier, qu'avec un marteau il enfonga dans la région pariéto-occipitale du crâne jusqu'à la tête. Ensuite, il en prit un second, qu'il enfonga de la même manière, 1 cm. 1/2 au-dessous du précédent. Ces clous avaient une longueur de 8 cm. et seule la traversée de la paroi osseuse fut douloureuse. Sur ces entrefaites, un de ses amis pénétra dans sa chambre, et S... lui ayant avoué ce qu'il venait de faire, celui-ci, sans hésiter, arracha avec une tenaille les deux clous, fit venir un médecin, qui nous adressa immédiatement le malade. S... était toujours très

triste, ne voyait pas de solution à sa situation familiale et était toujours décidé à disparaître dès qu'il en aurait la force.

Les examens neurologiques et de laboratoire étaient négatifs, le malade ne ressentait aucune céphalée, la radio n'a révélé aucun délabrement sérieux. Après quelques semaines d'observation, le malade a été traité par choc et reprenait son travail le mois suivant.

DISCUSSION

M. J. DUBLINEAU. — Je suis, actuellement, dans un service pénitentiaire consacré au traitement des détenus psychopathes, un sujet, âgé aujourd'hui de 33 ans, qui s'est enfoncé il y a quelques années, avec une pierre, au niveau du vertex, un clou d'environ 5 cm. Le clou fut retiré sans incident et aucune suite fâcheuse ne semble avoir été observée. Une cicatrice persiste au niveau de l'os, des dimensions d'une lentille.

Ce sujet, condamné à une très longue peine à la suite d'un assassinat, avait simulé la folie au début de l'instruction. Il avait d'autre part eu recours, soit avant, soit après son affaire, à d'étranges moyens pour mettre fin à ses jours. Il avait fait éclater une grenade, puis, avait tenté de se couper la langue avec des ciseaux. Une autre fois, étant en voiture, il avait précipité sa voiture sur un ravin, mais s'était retrouvé sans dommage.

Cette diversité et cette originalité de moyens se retrouvent dans l'observation qui nous est rapportée. Elle amène à se demander si les individus en cause sont entièrement sincères dans leurs tentatives, ou, tout au moins, si un besoin de cabotinage ne se mêle pas à leurs tentatives.

Modifications apportées par la lobotomie au comportement d'une épileptique délirante, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO et M. P. FALLEKER.

OBSERVATION. — J... Jacqueline, 24 ans, entre à Lorquin en juillet 1950, avec le certificat de 24 heures suivant : Délire hallucinatoire à thème de fin du monde avec quelques éléments de grandeur, se croit la Vierge Marie, la fille du Christ, etc., etc. Crises convulsives dans les antécédents. Certificat de quinzaine : Délire épileptique à thème mystique, crises convulsives assez fréquentes, amélioration du délire par électro-chocs — à maintenir. Depuis l'âge de 16 ans, Mme J... fait des crises convulsives typiques, mais assez rares, trois ou quatre par mois. Elle suit un traitement aux barbituriques, et sa comitialité ne gêne pratiquement pas sa vie familiale. Son mari signale que le caractère de Jacqueline est assez particulier, c'est d'ailleurs classiquement celui de l'épileptique : un peu « collante » dans ses sentiments avec une certaine viscosité psychique faite d'une légère lenteur idéique, un peu coléreuse, mais semble-t-il assez modérée, euphorique, toujours satisfaite d'elle-même. Le délire débute brusquement, fait de deux thèmes : mystique et de grandeur. Peu d'éléments confusionnels apparents, hallucinations visuelles multiples, variables, à type à certains moments de vision de fin du monde, d'apparitions célestes extatiques ou de scènes de catastrophe, à type particulièrement d'incendie. Affectivité se modifiant parallèlement au thème délirant avec, soit grande anxiété et désir de fuite, ou au contraire euphorie extatique ; se croit de descendance divine à cer-

tains moments, et en dehors de ces thèmes mystiques ou catastrophiques qui sont assez transitoires, quoique durant parfois pendant plusieurs jours, il existe continuellement un délire de satisfaction marqué, où elle parle de sa généalogie céleste, qu'elle a les plus beaux yeux du monde, qu'elle est la plus belle, la mieux habillée, etc., etc., souvent des périodes de volubilité frisant l'hypomanie avec jeux de mots, rires, plaisanteries. Le traitement ayant été modifié, elle ne présenta plus qu'une seule crise pendant son séjour dans le service, c'était une crise convulsive typique. Grâce au traitement anti-convulsif et peut-être à quelques séries d'électro-chocs, les épisodes délirants anxieux furent moins fréquents pendant quelques semaines, mais revinrent rapidement, sur un rythme très rapproché, avec persistance d'éléments confusionnels. Périodes de refus d'aliments, agitation extrêmement intense, nécessitant le maintien de la malade au quartier des agitées. Devant la persistance du tableau clinique et à la demande du mari, une lobotomie fut pratiquée par le Dr Dany, selon la méthode de Poppen. Nous pensions surtout agir sur l'anxiété et nous ne pensions pas qu'un résultat définitif pourrait être obtenu en ce qui concernait le délire. Une dizaine de jours après l'opération, lors de son retour à Lorquin, un tableau clinique assez particulier était installé ; la malade était totalement gâteuse, prenait une voix de bébé, ne prononçait plus de paroles, mais simplement des cris et des vagissements, buvait maladroitement comme peut le faire un nourrisson et n'acceptait de boire qu'au canard, refusait tout aliment solide, suçait sans arrêt son pouce. Nous étions en face d'une régression à un stade végétatif de nourrisson. Cet état persista environ quinze jours puis, brusquement, la malade présenta une rémission totale ; du jour au lendemain le tableau clinique a été transformé ; elle laissa de côté vagissements, cris, gâtisme, demanda à s'alimenter, fut affable à la visite, ne se rappelant absolument pas de ce qui s'était passé dans la période qui avait précédé l'internement ou qui l'avait suivi. Elle semblait sortir d'un rêve, était très calme, et demandait à rentrer chez elle, mais cette amélioration ne dura que cinq jours, et brusquement, rechute dans un état identique à celui qu'elle a présenté à l'admission, avec toutefois prédominance des idées de grandeur et de satisfaction, diminution des idées purement mystiques et disparition à peu près totale de l'anxiété. L'agitation reprit à un degré au moins identique à ce qu'elle était lors de son entrée, et les crises convulsives réapparurent à raison environ d'une par mois, donc, en février 1951, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après l'intervention, on pouvait considérer qu'il s'agissait d'un échec total avec reprise de l'agitation, du délire et rythme critique plus marqué qu'avant l'opération. Cet état persista, chants, insomnie, idées de satisfaction ou de filiation, inchangé jusqu'au mois de mai, où on constata progressivement une légère amélioration, diminution de l'agitation, puis la malade revint plus propre. Un changement de pavillon entraîna un résultat salubre, ainsi que la mise au travail, mais les idées de satisfaction persistèrent le plus longtemps, jusque vers fin juillet, et les crises convulsives ne se reproduirent plus. On pouvait, début août, considérer qu'il y avait une *restitutio ad integrum* presque complète, si ce n'est une légère euphorie. Le traitement anti-épileptique fut maintenu, sans qu'apparussent de nouvelles crises ; la malade s'occupa, put jouir dans l'établissement d'une liberté relative et le mari demanda la sortie qui fut accordée, à l'essai, fin septembre 1951. Depuis ce moment, nous avons des nouvelles de la patiente ; elle n'a plus présenté aucune crise convulsive,

elle continue d'ailleurs son traitement anti-épileptique, s'occupe en milieu familial et seule une légère euphorie persiste encore.

Nous ne voulons pas dire que le délire épileptique a été guéri chez elle par la lobotomie, nous savons en effet que les résultats de ces interventions psycho-chirurgicales sont des plus décevants dans les cas de délire, donnant souvent des améliorations spectaculaires avec disparition totale du thème délirant et reprise quelques semaines plus tard ; d'autre part, bien souvent les délires épileptiques cèdent d'eux-mêmes, mais le tableau clinique post-opératoire nous a semblé suffisamment différent de ce que l'on observe généralement dans les suites de la lobotomie, pour légitimer cette communication.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Peut-être est-il prématuré d'avoir une opinion sur l'avenir de cette malade. Au demeurant, les interventions pour des cas de ce genre ne manquent pas, par leur caractère aveugle, de susciter des réserves sérieuses.

M. G. BOITTELE. — Des statistiques récentes ont cependant montré qu'on observait, en gros, des résultats intéressants chez nombre d'épileptiques.

M. J. DUBLINÉAU. — Il faut reconnaître que, face aux troubles du caractère et du comportement des convulsifs ou paracconvulsifs, nous sommes souvent désarmés et nous accueillerions volontiers les suggestions thérapeutiques, même audacieuses, qui pourraient nous être proposées. Je faisais allusion, il y a quelques instants, au cas des condamnés, présentant des anomalies psychiques. Un certain nombre se caractérisent par des troubles de la série convulsive. Certains résultats ont été rapportés ici-même. L'intervention neuro-chirurgicale, ou, à tout le moins, l'investigation, permet des possibilités nouvelles, dans un domaine particulièrement ingrat. Il y a donc un intérêt doctrinal et pratique à connaître les résultats obtenus dans ces cas.

M. L. MARCHAND. — Si une intervention devait être proposée, il semble que la topectomie, moins aveugle que la lobotomie, serait préférable. Et pourtant, la topectomie elle-même ne met pas à l'abri des surprises.

Syndrome catatonique suspendu par les thérapeutiques de choc. Tentative de traitement systématique, par MM. P. SIVADON, S. FOLLIN, J. ALIZON et J. MASSÉ.

« Nous sommes bien loin de l'idée première de Kahlbaum qui espérait que, quelque jour, sa description correspondrait à une entité comme ce fut le cas pour la paralysie générale. En fait, les signes énumérés par Kahlbaum appartiennent en propre avec une grande fréquence aux psychoses décrites par Kræpelin sous le nom de « démence précoce » et par Bleuler sous le nom de « schizophrénie », rappelle H. Ey dans son *Etude psychiatrique* n° 10, après avoir fait

de la catatonie un « mode de réaction psychopathologique aux processus les plus divers ».

Il n'est donc pas question de proposer un traitement curatif de la catatonie. Mais, dans l'ignorance de la nature intime du processus en cause, nous pouvons essayer de réduire des symptômes dont la disparition équivaudrait à une rémission clinique plus ou moins complète.

Remarquons d'abord que les symptômes composant le tableau proprement catatonique sont parmi les plus labiles des symptômes de la « lémence précoce ».

Une rapide revue de ces guérisons spontanées ou accidentelles qui tiennent une si grande place doctrinale, mais sont aussi rares dans la littérature que dans l'observation quotidienne, montre qu'il s'agit fréquemment de la disparition d'un syndrome tout ou partie catatonique. Il en est ainsi des deux malades de Leroy (*Annales médico-psychologiques*, 1922, I, 472).

De même, en ce qui concerne les rémissions survenues à l'occasion des traitements les plus divers : ce sont deux cas de stupeur catatonique, que Magalhaes Lemos guérit par la faradisation (*Annales médico-psychologiques*, 1891, II, 476) ; Arndt déclare (*Annales médico-psychologiques*, 1879, I, 489) : « L'électrothérapie semble particulièrement indiquée dans la mélancolie secondaire (catatonie de Kahlbaum). » Galant pratique en U.R.S.S. (*Annales médico-psychologiques*, 1936, I, 307), à titre de thérapeutique de choc, des injections de sang de placenta chez divers malades mentaux, et conclut : « Les effets thérapeutiques furent favorables surtout dans les formes aiguës avec catatonie. »

Tous les auteurs ont noté la sensibilité des catatoniques à des agents pharmacodynamiques variés. Mais ces essais sont présentés comme de simples procédés d'exploration, même lorsque H. Ey distingue les cas où le tableau clinique s'accroît et ceux où les barrages se lèvent, rattachant très finement ces deux éventualités, non pas à une action spécifique de la drogue, mais à l'importance relative du négativisme et de l'inertie dans l'ensemble pathologique.

Une note plus thérapeutique est apportée par Broder (*American Journal of Psychiatry*, janvier 1937, in *Annales médico-psychologiques*, 1938, II, 685) : employant l'amytal sodique, un des agents d'exploration le plus constamment efficace, il en fait précéder l'administration d'une injection intramusculaire de caféine : « Certains malades sortent de la torpeur catatonique pendant un temps variant de quelques heures à quelques jours. Tous les cas ne furent pas suivis de rechutes... » Les travaux de Baruk et de son école sont trop connus pour que nous y insistions. Arrivons à la récente publication par P. Abély (*Annales médico-psychologiques*, 1951, II, 71) de ses récents « essais thérapeutiques de rééquilibration instinctivo-affective ». On y voit une malade en état de stupeur catatonique transformée par une injection

tion intraveineuse de maxiton fort, suivi d'un électrochoc. Rechute au bout de deux jours ; répétition de la thérapeutique ; rémission beaucoup plus longue. Une autre catatonique est ressuscitée par l'emploi alterné de maxiton, de cardiazol, d'électrochoc, et P. Abély conclut modestement : « Il s'agit de résultats spectaculaires, mais transitoires. » Ils sont en tout cas rapidement et facilement obtenus, ce qui nous a conduits à essayer d'instituer un traitement palliatif de la démence précoce, ou tout au moins de ses formes catatoniques, traitement qui, pour être valable, devrait être « économique ».

C'est un malade soumis depuis le début d'août 1951 à ce traitement d'entretien que nous allons vous présenter.

OBSERVATION. — N... Francis séjourne dans le service depuis deux ans, en état de stupeur catatonique continue. Le début de sa maladie se situe il y a une quinzaine d'années. On retrouve des antécédents et des commémoratifs banaux en pareil cas : la lignée maternelle comprend plusieurs déséquilibrés et un aliéné interné (un oncle qui était « tout le portrait » de notre malade) ; Francis est le « petit dernier » de parents atteignant la quarantaine, poursuivant une lune de miel perpétuelle et un peu égoïste, et qui vont pourtant couvrir cet enfant un peu chétif ; brillant lycéen, il force son personnage en classe de Mathématiques Spéciales, où il veut jouer les chahuteurs affranchis alors qu'il reste au fond un sensible, timide et inhibé par la conscience d'un développement génital un peu insuffisant. A 22 ans, il est très frappé par l'accident mortel d'un cousin aviateur, auquel il avait voué une admiration sans borne, et fait un premier état dépressif. Puis des excentricités puériles attirent l'attention, ainsi que les difficultés d'expression verbale, et le mot de schizophrénie est prononcé.

Pendant quinze ans, il va alterner séjours en maison de santé et en famille, dans un compromis basé sur des traitements multiples mais vite interrompus, l'affection maternelle, la poursuite des études dans les périodes de rémission. En 1943, il est fait mention de stupeur. En 1949, après la mort de la mère et le remariage du père avec la garde-malade, c'est « un état de mutisme avec inertie totale », qu'on voit céder transitoirement à quelques électro-chocs.

C'est dans ce même état qu'il entre dans le service, gâteux et ne s'alimentant pas. Les narco-analyses qui avaient plusieurs fois permis un abord psychothérapique se montrent inefficaces, de même qu'une cure de sommeil de près d'un mois. Une cure de Sakel n'a pas davantage d'effet. En mars 1951, deux cures de sommeil donnent des rémissions, respectivement de quatre et de un jours : il s'habille, mange, circule — puis retombe dans l'état antérieur.

Au début d'août 1951, voilà quel est le tableau clinique : Francis, nourri à la sonde, est d'une maigreur extrême. Muet, immobile, gâteux, il présente de la flexibilité cirreuse, mais pas de conservation des attitudes. Il s'oppose seulement à l'ouverture des yeux et de la bouche ; ses paupières closes sont crispées et tremblent continuellement. Ce tremblement s'exagère lors des soins, en même temps qu'apparaissent sur la poitrine des placards érythémateux très bien limités et très lentement confluent, accompagnés d'une sudation profuse.

On applique alors quotidiennement, en alternant, maxiton fort intra-

veineux, cardiazol et électro-choc. Au bout de trois jours Francis s'alimente, au bout de six il se lève. La cure est interrompue le neuvième jour. La rémission obtenue est partielle et systématisée en ce sens que le malade est lucide, d'un contact facile, cordial — mais le cours des idées est lent ; le souci d'employer le terme exact détermine des pseudo-barrages ; la formulation verbale est entravée par une palilalie intense contre laquelle lutte le malade ; la tête est penchée ; l'hypermimie dysharmonique des lèvres tranche dans ce visage figé ; les mains tremblent, les gestes sont maladroits. L'orientation, la conscience de la situation sont correctes. Le malade lit — et analyse intelligemment ce qu'il lit. Interrogé sur son état de stupeur, il nous répète :

« Je ne comprenais pas moi-même. Je me laissais aller. Au début c'était une attitude délibérée, et puis je me laissais déborder par mon attitude. » Cet état était ressenti comme pénible (tout au moins il est ressenti comme tel, rétrospectivement).

La rechute, annoncée par un repliement progressif sur soi-même, se produit au bout de dix jours : au lever du dortoir, on s'aperçoit que Francis est redevenu catatonique. Il reçoit aussitôt un cardiazol, suivi le lendemain d'un électro-choc, se relève — et rechute neuf jours plus tard. Deux électro-chocs déterminent alors une rémission de onze jours. Quant à la rechute suivante, elle est traitée par une injection intra-veineuse de maxiton fort (0,10 gr.), suivie aussitôt d'un électro-choc, le tout répété deux jours de suite.

Ce qui nous frappe vivement à cette occasion, c'est la liberté, la vivacité des mouvements et de l'élocution pendant les quelques minutes de confusion mentale qui suivent le réveil. Cet effet, qui ne se produit ni avec le choc seul, ni avec le maxiton seul, s'estompe avec le retour de la conscience claire. Nous décidons alors d'utiliser uniquement le maxiton-électro-choc chez ce malade.

Cherchant toujours le traitement le plus économique possible, nous ne traitons la rechute suivante que par une seule séance : mais une mauvaise rémission de quatre jours apporte la preuve que deux maxiton-électro-chocs constituent le minimum efficace. C'est pourquoi, depuis plus de trois mois, le maxiton-électro-choc, administré le jour même de la rechute et suffisant à la liquider, est systématiquement suivi le lendemain d'un second. Les rémissions ainsi obtenues jusqu'à ce jour ont été de 14, 19, 22, 14 et 12 jours.

Notre espoir initial de voir s'allonger progressivement les rémissions n'est donc pas pour l'instant exaucé. Une remarque à ce sujet : il semble que la rémission constitue une sorte de capital fixe qui dure plus ou moins longtemps suivant le rythme de dépense. C'est ainsi que la rémission de 22 jours comprend 8 jours d'alitement pour un épisode grippal, alors que la dernière rémission (de 12 jours) paraît avoir été écourtée par une sortie en ville, la première depuis deux ans. Francis interprète d'ailleurs ces rechutes comme un besoin irrésistible de repos, dissipé par le traitement.

Mais une certitude est déjà acquise, c'est celle de la restauration progressive de la personnalité de Francis. Dès le mois de septembre, il a été envoyé à la vannerie, où il se montre gauche mais appliqué. Puis la qualité de son travail s'améliore ; mais au quartier il se réfugie dans un coin avec un livre et paraît fuir les contacts humains. On peut lui faire avouer qu'il a horreur des travaux manuels, où il s'est toujours montré maladroit — il y a

done beaucoup de passivité dans sa docilité et son absence de réclamations. Mais, au début de novembre, il revendique auprès de son surveillant un peu de liberté, nous demande à « se réadapter à l'indépendance », « à exercer son initiative ».

Aussitôt placé en service libre, il organise son existence, va faire ses courses à la cantine, écrit des lettres, s'abonne à une revue. Il se cantonne d'abord à son coin de dortoir, puis fréquente la salle de réunion, où il va lire et fumer. Un peu plus tard, on le voit participer à la conversation, jouer aux cartes et enfin au basket-ball. Rentré déprimé de sa sortie en ville (« fatigué par la nouveauté des contacts, frappé par le changement. Le rythme de vie est très rapide ; que de hâte et de responsabilités ! Il me sera plus difficile de trouver et de garder un poste que je ne l'avais supposé »), quelques jours après il espère « être bientôt à la hauteur ». L'attitude est meilleure et le pas plus vif, si des mouvements manquent encore de souplesse. Son poids a augmenté de sept kilos. Par contre, les troubles de l'expression verbale restent très évidents, quoiqu'atténués et assez variables dans le temps.

En résumé, il s'agit d'un vieux schizophrène, chez qui les troubles psychomoteurs de la série catatonique sont progressivement devenus l'essentiel du tableau clinique. Ces troubles, autrefois labiles, maintenant très résistants, ont été réduits par un traitement d'attaque ; après tâtonnements, nous obtenons, lors de l'inéluctable rechute, une nouvelle rémission à l'aide de deux maxiton-électrochocs ; ce traitement nous paraît économique, puisque, pratiqué environ deux fois par mois, il n'entraîne aucun trouble apparent.

La catatonie est suspendue et non pas guérie : les derniers maxiton-électrochocs datent des 6 et 7 janvier, et nous devons certainement y recourir avant la fin du mois ; mais elle est vraiment suspendue en ce sens que depuis cinq mois nous ne l'avons jamais tolérée plus de douze heures de suite et que nous pouvons la prévenir.

Il nous semble qu'à côté du processus psychopathique il y a chez le malade mental dit chronique une « habitude morbide ». En suspendant l'effet du processus, on brise l'habitude : c'est à ce phénomène que nous attribuons la restauration progressive de la personnalité de Francis, c'est pourquoi nous croyons faire sur lui mieux qu'une expérience thérapeutique assez gratuite.

Nous nous défendons de vouloir donner une recette thérapeutique passe-partout : le traitement de Francis a été établi sur mesure. Voici quelques mots sur des essais de traitement analogues :

OBSERVATION 1. — L... Maurice, 30 ans, démence précoce ancienne. Stupeur catatonique avec impulsions. Débloqué en juillet au thi-lip et au cardiazol. Entretenu depuis au cardiazol et au maxiton-électro-choc, qui paraissent avoir chez lui un effet équivalent. Mais le traitement n'est pas économique en ce sens que les séries sont de trois, quatre et même cinq chocs, qu'elles sont plus rapprochées que chez Francis et que la rémission est de moins belle qualité : contact pas très bon, inactivité, délire sous-jacent.

OBSERVATION 2. — B... Robert, 26 ans, malade depuis trois ans. Halluciné, possédé. Catatonique (attitudes extatiques). Non modifié par une nouvelle cure de Sakel et par une psychothérapie couplée avec des essais d'excitation motrice. Rémission spectaculaire au début de novembre 1951 (cardiazol et maxiton-électro-chocs alternés). Deux rechutes depuis, jugulées par quelques maxiton-électro-chocs. Mais le délire reste sous-jacent et réparaît progressivement, bien avant la reprise de la catatonie.

OBSERVATION 3. — Z... Jean, 24 ans. Hébéphrénocatatonique, chez qui la catatonie masque actuellement le reste du tableau clinique. Traité à peu près comme Francis, est transformé en hébéphrène instable, puéril, suggestible et aboulique. De plus, la catatonie obéit avec moins de régularité au traitement.

Dans tous les cas, le rythme thérapeutique a été quotidien, ce qui nous paraît essentiel chez les schizophrènes dits chroniques. Nous reviendrons sur ce point dans un prochain travail.

Il est également essentiel de réintervenir dès le début de toute rechute, c'est-à-dire qu'il faut s'être à l'avance résolu à un traitement systématique, sinon il vaut mieux s'abstenir.

Résultats obtenus par l'ergothérapie chez un jeune musulman atteint de schizophrénie évoluant depuis plusieurs années, par MM. André LAMARCHE, Albert ROUSSEL et Raymond ANASTASIO.

OBSERVATION. — Tahar B.-M., âgé de 20 ans, nous a été présenté par son père en avril 1950. Fils d'un interprète judiciaire, qui désirait lui faire acquérir une solide instruction et des diplômes, il faisait ses études secondaires au collège de Bône. Elève moyen, il travaillait paraît-il sans trop de difficultés, lorsqu'en 1947 il changea de comportement, devint taciturne, indifférent, paresseux. Il fit à ce moment-là des fugues ; il eut des impulsions et des crises de colère violentes. Son père, sur les conseils des médecins de Bône, le fit admettre dans le service de neuro-psychiatrie de Constantine, où il fut traité par des électro-chocs.

Amélioré, mais non guéri, il fut ensuite hospitalisé à Alger, puis à Blida, où il fut soumis aux différentes thérapeutiques habituellement employées dans ces cas (électro-chocs, cure de Sakel, cardiazol, etc.). Il passa par des périodes d'amélioration, mais ne put jamais reprendre une vie sociale normale. Il avait été renvoyé dans sa famille, où il menait une vie végétative, se refusant à toute activité, passant par des phases de négativisme, avec refus de s'alimenter. Il fut sujet à des colères et à des impulsions violentes. Désespéré, son père avait décidé de l'amener à Tunis, pour tenter une fois encore d'obtenir la guérison de ce fils aîné, pour lequel il était prêt à tous les sacrifices.

Le malade se présentait comme schizophrène typique, isolé de l'ambiance, répondant très difficilement aux questions par des phrases économi-

coupées assez fréquemment de barrages. Il paraissait indifférent à tout, ne manifestant ni affection, ni haine à l'égard des siens. Son état général était bon.

Devant ce tableau clinique, et étant donné l'échec de toutes les thérapeutiques déjà employées, nous fîmes évidemment les plus grandes réserves sur les possibilités de guérison ou même d'amélioration. Devant l'insistance du père, et son désespoir, nous lui proposâmes d'essayer de tenter une réadaptation par le travail, dans la petite annexe du service que nous avions créée à Grombalia.

Après un bref séjour à l'hôpital de Tunis, qui nous permit de confirmer notre diagnostic et de vérifier qu'il n'existait aucun trouble organique, Tahar fut envoyé à Grombalia.

Dès le début, il refusa tout travail manuel. — « Je suis un étudiant, mon père est interprète judiciaire, je ne suis pas fait pour ce genre d'occupations et ma famille sera furieuse quand elle saura comment vous me traitez », — donc nous le laissâmes dans sa chambre en lui expliquant que s'il voulait une amélioration à son sort, il fallait qu'il se soumette à la discipline du service, c'est-à-dire au travail.

Au bout de huit jours, il consentit à choisir une occupation. Il borda les allées du jardin d'arceaux de bois. Très rapidement, en quelques jours, nous pûmes constater un changement considérable du comportement. Tahar commença à parler à l'infirmier, à répondre plus volontiers aux questions. Il évoqua des souvenirs de sa vie passée ; puis il entra en relation avec les autres malades et consentit à travailler avec eux à des travaux plus rudes. Il fit bientôt partie de l'équipe que nous envoyons à l'extérieur et, en août, il fut un de nos meilleurs vendangeurs. Il reprit contact avec l'ambiance, demanda des journaux, écrivit à son père des lettres, d'abord très courtes, qui devinrent de plus en plus longues et pleines de détails sur sa vie. Plus instruit que les autres, il participa spontanément aux leçons d'arabe que nous avions organisées pour les bédouins. A la fin de la journée, il traduisait le Coran en langage vulgaire et le soir, à la veillée, il distrait ses compagnons par des récits sur son pays et par des contes.

En octobre, c'est-à-dire cinq mois après son arrivée, il avait un comportement quasi-normal. Il devint quelque temps après un peu nostalgique, demandant sa sortie, écrivant à son père de venir rapidement le chercher. Celui-ci vint au début du mois de janvier 1951 et nous lui remîmes son fils en lui recommandant de continuer ce que nous avions fait, c'est-à-dire le faire travailler dans une petite ferme qu'il possédait en Algérie.

Les nouvelles qui nous parvinrent furent au début assez bonnes. Il était repris par son milieu et par les préjugés qui y régnaient. Si son père avait compris notre point de vue, les autres membres de la famille ne l'admettaient pas, et en particulier la mère — « faire travailler son fils aîné, lui « qui était étudiant et destiné à être un fonctionnaire, le faire travailler « manuellement » — c'était une chose inadmissible et déshonorante ; il pouvait à la rigueur surveiller l'exploitation de leur ferme, mais il était impossible qu'il travaille lui-même la terre.

Les nouvelles devinrent de plus en plus rares et de plus en plus mauvaises. Il semble bien qu'à l'heure actuelle Tahar ait perdu à peu près tout le bénéfice de la cure que nous avions entreprise et qu'il ait repris son comportement de malade.

Cette observation, tout en montrant les résultats souvent inespérés que l'on peut obtenir par le travail, dans une petite communauté, nous fait toucher du doigt une des difficultés à laquelle nous nous heurterons quand nous voudrons mettre en pratique cette thérapeutique. L'instruction, et surtout le diplôme, jouissent dans ces pays d'un énorme prestige. Celui qui les possède pense qu'il a gravi un important échelon social et que tout travail manuel l'abaisse et le déconsidère. Les parents attachent une grande importance aux études et à la réussite aux examens.

Dans les milieux populaires, il est assez courant que parmi les vœux que l'on fait à la mère, au moment de la naissance d'un enfant, on lui souhaite de réussir au certificat d'études et à ses autres examens. L'idéal que poursuit la famille, c'est de faire de son fils, si possible un avocat ou un médecin, en tout cas un fonctionnaire, même un simple chaouch.

Nous avons connu un jeune musulman du sud, issu d'une famille de mineur, qui était passé par une école professionnelle destinée à former des ouvriers qualifiés et des contremaîtres. Dès qu'il eut son diplôme, il vint à la ville, à Sousse d'abord, à Tunis ensuite, où il végète et vit à peu près dans la misère, car il veut faire un travail de bureau. Il refuse de retourner à la mine, où il aurait tout de suite une situation matérielle très intéressante, parce que dans ce cas il se considérerait diminué.

Les exemples de cet ordre sont extrêmement nombreux et c'est ce qui explique que ce pays manque de techniciens et d'ouvriers qualifiés. Cette mentalité ne se transformera qu'avec le temps et grâce à une propagande éducative appropriée. Peu d'efforts ont été faits dans ce sens jusqu'ici et, quand ils l'ont été, ils ont été presque inefficaces.

Il est important, en Tunisie comme ailleurs, de montrer la valeur équilibrante du travail manuel accompli en équipe ou dans de petites collectivités. Espérons que les services de réadaptation par le travail, que nous souhaitons voir se créer, contribueront à réaliser ce but.

Essai d'organisation d'un service de réadaptation par le travail dans un petit centre agricole tunisien, par MM. André LAMARCHE, Albert ROUSSEL et Raymond ANASTASIO.

D'importantes et indispensables réparations devant être effectuées dans les bâtiments du service de neuro-psychiatrie de l'hôpital Charles-Nicolle, de Tunis, il devint urgent d'évacuer le plus grand nombre de malades qui y étaient hospitalisés. Malgré tous nos efforts, il nous fut impossible de trouver une solution pour vingt-quatre chroniques, hommes et femmes, qui, depuis plusieurs années, attendaient leurs transfert à l'hôpital psychiatrique de la Manouba. Cet établissement refusant toujours de les admettre, il fut décidé par le

Ministère de la santé publique d'envoyer ces malades dans les locaux désaffectés de l'ancienne infirmerie-dispensaire de Grombalia. Grombalia est un petit centre urbain, situé à quarante kilomètres au sud de Tunis, dans une région agricole importante. Cet établissement comportait deux bâtiments séparés, construits dans un jardin qui les entourait. Il était situé à la sortie du village, mais dans l'agglomération même. Après quelques aménagements sommaires, nos malades, douze hommes et douze femmes, y furent installés. Ces malades étaient essentiellement des chroniques, que nous considérons comme irrécupérables : schizophrènes anciens, n'ayant pas réagi aux thérapeutiques habituelles, comitiaux avec troubles mentaux importants, imbéciles. Il y avait même parmi eux une débile mentale, atteinte de maladie de Parkinson, que les circonstances sociales nous avaient obligés à garder par pure charité. L'installation se fit dans de bonnes conditions, malgré quelques difficultés, assez facilement surmontées, grâce au bon vouloir du médecin de la santé publique, et de l'administration locale. Alors, nous eûmes l'idée de profiter de ce placement, en principe provisoire, et fait dans des conditions précaires, pour vérifier, expérimentalement, que les méthodes de desaliénisation et de rééducation par le travail pouvaient être appliquées en Tunisie. Disposant d'un jardin assez vaste, il fut relativement facile d'occuper les hommes. En quelques jours, des équipes furent organisées. Des aménagements intérieurs furent réalisés ; le jardin fut nettoyé, transformé en jardin potager. Chaque malade travailla suivant ses possibilités et suivant ses goûts. Peu à peu, les plus réticents devinrent actifs. En quelques semaines, le service avait totalement changé d'aspect. L'amélioration de l'état mental et physique de nos malades fut extrêmement rapide. Le travail s'organisa de mieux en mieux, grâce à une sélection meilleure. Des jeux, des séances récréatives, furent organisés par les malades eux-mêmes. En peu de temps, ce dépôt de chroniques devint une collectivité vivante.

Parallèlement à cette évolution intérieure, se produisit une transformation remarquable de l'opinion publique. Alors qu'au début nous nous étions heurtés à la méfiance et à l'hostilité des habitants, peu à peu, ceux-ci se rassurèrent et commencèrent à s'intéresser à nos malades : ils vinrent les voir jouer au ballon, leur apporter des cigarettes, des fruits ; l'un des habitants mit à notre disposition un terrain de jeux, à proximité de l'établissement...

Cette transformation de l'état mental des malades et de l'attitude des habitants à leur égard rendit possible l'expérience suivante : au moment des vendanges, grâce à la compréhension et au sens social d'un colon de la région, nous pûmes former une équipe de six hommes qui, sous la direction de l'un d'eux, alla vendanger. Un camion venait les chercher à six heures pour les emmener sur le lieu du travail. Ces malades travaillaient comme les autres ouvriers, puis ils rentraient le soir dans le service. Aucun incident ne se produisit. Ces malades furent bien accueillis par les autres travailleurs ; les rap-

ports qui s'établirent entre eux furent excellents. Le rendement de l'équipe fut bon et le directeur de l'exploitation témoigna qu'il était entièrement satisfait de son travail. Cette expérience, parfaitement réussie, fit entièrement accepter nos malades par la population. Plusieurs personnes vinrent nous demander d'en occuper un chez eux, ou nous proposaient d'en prendre en charge. Ne disposant pas de services sociaux capables d'assurer une surveillance efficace, il nous fut impossible de répondre favorablement à ces demandes.

En dehors du travail, une vie collective s'était peu à peu créée dans le service. Sur l'initiative de l'un d'entre nous, les plus instruits de nos malades enseignèrent l'arabe dialectal, celui que l'on parle à Tunis, aux arabes du bled, qui étaient en majorité, ou bien ils leur expliquèrent le Coran en langage vulgaire, ce qui fut très apprécié. Le soir, après le repas, les malades organisèrent des séances récréatives : chants, danses, récits ou contes. Nous avons laissé à nos pensionnaires le maximum de liberté et d'initiative. Très rapidement, nous avons renoncé aux repas pris dans le réfectoire. Chaque malade recevait sa portion et il allait manger là où il voulait, soit seul, soit avec un ou deux de ses compagnons avec lesquels il sympathisait.

L'organisation du service des femmes fut beaucoup plus difficile à réaliser. Nous esperions pouvoir occuper nos malades à des travaux ménagers. Nous y avons renoncé rapidement, la majorité des malades étaient des bédouines qui répugnaient à ce genre d'occupations auxquelles elles ne sont absolument pas adaptées. Quelques-unes des malades purent être utilisées au raccommodage du linge, d'autres, à la lessive ; enfin, d'autres furent employées à défaire des tresses de crin et à confectionner des paillasses. La situation des locaux en pleine agglomération nous empêche également de leur donner autant de liberté qu'aux hommes et elles restèrent beaucoup plus enfermées. Les résultats obtenus avec nos malades du sexe féminin furent beaucoup moins bons, ce qui confirme la valeur des méthodes de réadaptation par le travail et de la désaliénation.

Il est impossible, dans le cadre réduit d'une communication, d'étudier dans le détail les résultats obtenus. Sur un effectif porté en définitive à trente malades, vingt-sept travaillaient régulièrement, avec un rendement plus ou moins bon. La parkinsonienne n'a pu évidemment être utilisée.

Les crises d'agitation, les impulsions, ont diminué assez rapidement et sont devenues exceptionnelles au bout de deux ou trois mois. Les épileptiques ont tous vu diminuer la fréquence de leurs crises et, chez presque tous, nous avons pu abaisser les doses quotidiennes de médicaments anti-convulsivants. Trois malades ont été remis à leur famille et ont repris une vie sociale normale. D'autres auraient pu être libérés ou placés si nous avions disposé d'un service social efficace. En somme, les résultats de cette expérience sont extrêmement encourageants, du fait même qu'ils ont été obtenus en partant de conditions très mauvaises. Ils confirment la valeur des méthodes de

désaliénation et de réadaptation par le travail, méthodes vers lesquelles on tend de plus en plus à s'orienter. Ils montrent, et c'est là le principal intérêt de notre communication, que ces procédés, jusqu'ici utilisés surtout en Europe, dans les pays occidentaux, peuvent l'être en Afrique du Nord et très probablement dans tout le Moyen-Orient.

Autrefois, l'aliéné, le fou, jouissait en pays musulman de certains privilèges ; on le considérait comme « marabou », on le respectait, on le traitait avec indulgence, et la communauté subvenait en général à ses besoins. Il n'était enchaîné ou incarcéré que lorsqu'il devenait réellement dangereux. La création de services spécialisés modifièrent peu à peu cette mentalité. Actuellement, les demandes de placement deviennent de plus en plus nombreuses, alors qu'autrefois les familles ne se séparaient de ces malades que lorsqu'elles y étaient obligées. Nos services sont actuellement encombrés. Il devient urgent d'apporter une solution à ce très grave problème. C'est ce qu'a très bien vu notre confrère, le docteur Sivadon, chargé de mission en Tunisie, et qui, dans son rapport, propose la création de nombreux petits centres agricoles ou artisanaux. L'expérience à laquelle nous nous sommes livrés à Grombalia confirme l'exactitude de ces vues et prouve que ces projets sont parfaitement réalisables. Ils le sont à notre avis assez facilement, car le cadre de la société tunisienne, encore basée sur la petite communauté familiale, artisanale ou agricole, s'y prête. Il est vraisemblable que ce qui s'est produit à Grombalia se produira ailleurs. La population, d'abord méfiante, acceptera facilement nos malades quand elle s'apercevra qu'ils travaillent et peuvent vivre à côté d'elle sans qu'ils soient une gêne ou un danger. Les communautés les intégreront d'autant mieux qu'elles sont aidées par leurs traditions et par la morale religieuse.

En Tunisie, la vie artisanale est encore aujourd'hui très vivante. Ainsi, elle rendra plus facile la création de petits centres extrêmement divers sur toute l'étendue du territoire. Beaucoup de villages ont gardé leur spécialisation artisanale : poterie, tissage, fabrication de tapis, de nattes. Les régions et les tribus qui les peuplent ont, elles aussi, leur spécialité : jardinage dans le Cap-Bon et le Sahel, culture de l'olivier dans la région de Sfax, fabrication du charbon de bois dans les régions montagneuses, élevage du mouton dans les steppes, entretien des dattiers dans le sud, etc., etc...

Toutes ces activités ont encore gardé un caractère corporatif, elles ne sont que très peu industrialisées, donc elles permettront assez facilement l'adaptation de nos petits centres de malades. De plus, une grande aide peut être donnée par l'institution des Habous, qui dispose dans toute la Tunisie de terrains et d'immeubles, et dont un des buts principaux a été la création d'écoles et d'hôpitaux.

Une institution séculaire et fondamentale de l'Islam permettrait la création d'une organisation d'assistance aux aliénés, à la fois adaptée

aux coutumes locales et aux conceptions modernes de la psychiatrie. Elle remplirait en cela son rôle traditionnel.

Evidemment, la réalisation de ces projets demande la création d'un organisme central de direction et de contrôle, et celle d'un service social suffisamment étoffé pour être efficace.

L'expérience tunisienne peut d'ailleurs avoir une très grosse importance, en montrant les résultats qu'on peut obtenir, en pays musulmans, et le sens dans lequel il faut diriger nos efforts.

Elle est vraisemblablement plus facile à réaliser en Tunisie qu'ailleurs, du fait qu'il s'agit d'un petit pays qui, jusqu'à ce jour, n'a pas de législation concernant les aliénés. C'est un inconvénient pour le présent, mais cela permettrait, en tenant compte de l'expérience des autres pays, de créer d'emblée une assistance aux malades mentaux, à la fois adaptée aux conditions locales et aux exigences de la psychiatrie moderne.

Embryopathie rubéoleuse avec comitialité, par MM. Paul NEVEU, A. HOUNMEL et R. BOYER.

Moins exceptionnelle qu'on ne pourrait d'abord le supposer, l'embryopathie rubéoleuse constitue un bon exemple des effets sur l'embryon d'une maladie bénigne ou inapparente chez la mère. Parmi les causes de troubles du développement somato-psychique que nous envisageons en psychiatrie infantile, nous pensons qu'une place de plus en plus importante doit être faite aux maladies materno-fœtales. Celles-ci n'atteignent-elles pas électivement l'encéphale de l'enfant, ainsi que paraît le démontrer la constance de l'oligophrénie à tous les degrés, s'opposant à la variabilité des malformations osseuses, oculaires ou cardiaques ?

Dans le cas que nous présentons, oligophrénie et épilepsie sont associées à une cataracte.

OBSERVATION. — Jean-Pierre M... est né en 1942, avant terme. Suivi par l'un de nous, médecin de la famille, dès la naissance, cet enfant a fait l'objet d'examen spéciaux depuis 1947 parce qu'il présentait des crises convulsives et un retard mental associés à une cataracte.

La présentation du petit malade est assez particulière. Il a un front très bombé, la tête souvent renversée en arrière avec une apparence de ptosis. Pour mieux voir, il recherche l'obscurité, paradoxe qu'explique la cataracte centrale dont il est atteint.

Les crises convulsives sont apparues à l'âge de 4 ans. Après un épisode fébrile ou toxique mal précisé, l'enfant aurait eu des convulsions, crises répétées pendant cinq jours, ayant nécessité l'hospitalisation et suivies d'un état subcomateux durant une dizaine de jours. Après une amélioration de quelques semaines, les crises comitiales se répètent tous les matins. Elles sont remplacées ensuite par des accidents que la mère de l'enfant qualifie

de « secousses », souvent très nombreuses ; elles atteignent parfois cent par jour. Ce sont des pertes du tonus avec antépulsion brusque. L'enfant est projeté en avant, sans perte de conscience. Souvent, il se blesse, et d'importantes ecchymoses frontales témoignent de la violence de la chute. Parfois, une crise comitiale complète, avec inconscience et morsure de la langue, s'intercale. Depuis 1948, ces accidents s'atténuent, puis deviennent très rares sous l'influence d'un traitement régulier.

L'électro-encéphalogramme, pratiqué en décembre 1950, montre dans les huit dérivations un rythme lent de 3 à 5 c./s., de grande amplitude, de nombreuses pointes-ondes et de grandes ondes du type psychomoteur.

Un an après, le tracé présente un rythme moins lent, des bouffées d'ondes lentes et des pointes-ondes persistantes.

L'oligophrénie était d'un degré réel difficile à apprécier en raison des troubles sensoriels et de la fréquence des accidents convulsifs. Lors des premiers examens, l'enfant paraissait désorienté, voyant à peine. Instable et turbulent, il parlait mal. A 6 ans 3 mois, le test de Binet-Terman (révision Stanford) donne un niveau de 3 ans et un Q.I. de 0,48.

Mais le traitement diminuant le nombre des crises, la scolarité devient possible, l'instabilité s'atténue et à 8 ans 3 mois le même test montre un niveau de 5 ans et un Q.I. de 0,60. Un an plus tard, l'enfant parle bien, il a enrichi son vocabulaire, l'articulation verbale est bonne, il commence à lire, le Q.I. reste à 0,60.

Il s'agit d'une oligophrénie du niveau de la débilité moyenne, moins accentuée que ne pouvaient le faire craindre les premiers examens. C'est un retard et non un arrêt du développement.

Les troubles du caractère accompagnant cette oligophrénie étaient très marqués. L'instabilité et la turbulence, ainsi que les chutes innombrables, nécessitaient une constante surveillance, aussi dut-il être hospitalisé pendant plusieurs mois. Actuellement, très amélioré, Jean-Pierre est un petit garçon affectueux, docile, prévenant, vif, mais sans aucune turbulence, et son sommeil est normal.

Une cataracte bilatérale a été reconnue dès les premiers mois de l'enfant. Le Dr François Velter a bien voulu nous en préciser les caractères actuels : des deux côtés, cataracte diffuse du noyau embryonnaire, transparence des couches périphériques ; sous-atropine, rétines bien visibles, sans pigmentation, mais avec un aspect d'atrophie relativement légère de la chorio-rétine. Astigmatisme. Pas de microphthalmie, bien que les yeux paraissent petits. Sous l'influence de l'atropine, l'enfant relève les paupières, ne fronce plus les sourcils, tout joyeux d'y voir mieux. La dilatation pupillaire lui permettant une meilleure vision, est d'ailleurs spontanément recherchée par l'enfant. Pour lire, il se place paradoxalement à contre-jour ou dans une demi-obscurité.

L'examen général montre une hypotrophie de la stature et du poids. Un épicanthus accompagne ici un écart excessif des yeux et un liseré labial, signes souvent observés par nous dans l'épilepsie (1). Le front est bombé, saillant.

La radiographie du crâne (Dr Bodenreider) montre une suture métopique non encore soudée, un sinus sphénoïdal petit, une selle turcique en forme de puits.

(1) Paul NEVEU et R. BOYER. — Sur un syndrome morphologique observé chez certains épileptiques. *Annales médico-psychologiques*, 1950, t. I, n° 5, pp. 609-612.

Une hernie inguinale a dû être opérée après étranglement, à l'âge de 3 ans. L'examen ne montre pas d'autres malformations. A l'auscultation, le cœur paraît normal.

Les antécédents n'ont pu être précisés que par la collaboration du médecin de la famille et du spécialiste ; vers la fin du cinquième mois de la grossesse, la mère de l'enfant présenta un épisode infectieux fébrile avec exanthème, qui dura deux jours. Le diagnostic de rougeole fut alors posé, mais elle avait déjà contracté cette maladie à l'âge de 7 ans. Il est donc très probable que c'est d'une rubéole qu'il s'agissait.

L'accouchement se produisit au huitième mois. L'enfant était très hypotrophique et sa croissance fut d'abord difficile. Il eut sa première dent à 10 mois, dit les premiers mots à 1 an, fit ses premiers pas à 20 mois et fut propre à 2 ans.

Le traitement a eu une action très favorable sur l'évolution. Les barbituriques ont été associés à l'acide glutamique. Il permit d'obtenir la diminution puis la disparition des accidents convulsifs et de leurs équivalents. En même temps, les troubles du caractère, l'instabilité, la turbulence s'atténuaient, et le niveau mental se relevait, rendant possible une scolarité efficace. Il reste encore à envisager l'intervention sur la cataracte, qui doit remédier à ce trouble sensoriel et faciliter encore les progrès scolaires.

La cataracte centrale fait ici la preuve de l'embryopathie. L'anamnèse montre qu'elle est à peu près certainement due à une rubéole de la mère. Dans la plupart des observations d'embryopathie rubéoleuse, c'est au cours du premier trimestre de la grossesse que la maladie agit sur l'embryon, beaucoup d'auteurs rejettent même les observations de Greeg et de Swan (1) concernant des rubéoles survenues respectivement au huitième et au sixième mois. Même en admettant une erreur, toujours possible dans une anamnèse remontant à neuf ans, il semble peu probable dans notre observation que la rubéole soit apparue plus tôt que le quatrième mois de la grossesse.

Deux autres points peuvent être soulignés :

1° L'existence d'une épilepsie. Cette manifestation rare n'est signalée que par Beswick, Warner et Waskany. Ainsi que l'oligophrénie, elle prouve l'existence d'une encéphalopathie. C'est ce que montre également l'examen électroencéphalographique du cas rapporté par Desclaux, Mande, Soulairac et Fristchi (2) (signes de « souffrance cérébrale »).

2° L'effet du traitement, qui permit d'obtenir une amélioration très importante, contrairement à ce qui est généralement observé. Ceci vient à l'encontre du véritable désespoir thérapeutique que semble déterminer l'embryopathie rubéoleuse. N'est-ce pas à son sujet

(1) Cités par : M. LAMY, A. MINKOWSKI, J. CHOUGRON. — Les embryopathies d'origine infectieuse. *Rapport au XIII^e Congrès des pédiatres de langue française*, Alger, 7-9 mai 1951.

(2) DESCLAUX, MANDÉ, SOULAIRAC, Mlle FRISTCHI. — Rubéole maternelle psycho-embryopathie rubéolique avec malformations multiples chez l'enfant. *Annales médico-psychologiques*, 1951, t. II, n° 5, pp. 541-544.

que fut proposée l'extension de l'avortement thérapeutique (1) à la prévention des malformations qu'elle détermine ?

Certes, on peut souhaiter qu'une prophylaxie moins radicale soit envisagée, par exemple, ne serait-ce que par l'isolement précoce et obligatoire des rubéoleux, dans le but d'éviter la contamination possible de femmes enceintes.

D'autre part, ne convient-il pas de s'efforcer de rechercher les facteurs thérapeutiques susceptibles de s'opposer aux facteurs tératogènes responsables des embryopathies ?

Les beaux travaux expérimentaux de A. et P. Giroud et de leurs collaborateurs démontrent l'action des facteurs infectieux (2) (Rickettsies), carentiels (3) (acide folique) et endocriniens (4) (thyroxine), sur le développement de l'embryon. La preuve de la pathogénie laisse entrevoir des possibilités d'action curative.

Les embryopathies connues ou inconnues conditionnent probablement beaucoup de ces états dits congénitaux, si importants en psychopédiatrie. Ne peut-on soupçonner, à côté des embryopathies infectieuses reconnues de la rubéole, du toxoplasme, du tréponème, d'autres embryopathies à virus, comme dans le cas de Delthil (5) ? Les dysfonctionnements endocriniens et les carences vitaminiques ne pourraient-ils expliquer certaines embryopathies encore cryptogénétiques, comme l'embryopathie surrénale de Julien-Marie (6), ou l'embryopathie synostosante (7) de la maladie d'Apert ? Enfin, les incompatibilités materno-fœtales ne sont-elles pas, comme le montrent Jean Delay (8) et ses élèves, la cause d'encéphalopathies infantiles ?

La voie de l'embryopathologie est ouverte. Espérons que son chapitre thérapeutique limitera un jour le nombre des arriérations mentales profondes.

(1) J. CATHALA. — Sur le problème juridique posé par la rubéole au cours de la grossesse. *Société de médecine légale*, 13 juin 1949, et *Discussions au XIII^e Congrès des pédiatres*, Alger, 1951.

(2) A. GIROUD, P. GIROUD, MARTINET. — Gravité d'une maladie inapparente de la mère pour le fœtus. *Académie de médecine*, 28 novembre 1950.

(3) A. GIROUD et J. LEFEBVRE-BOISSELOT. — Influence tératogène de la carence en acide folique. *Société de biologie*, 28 avril 1951.

(4) A. GIROUD et B. DE ROTHSCHILD. — Répercussion de la thyroxine sur l'œil du fœtus. *Société de biologie*, 28 avril 1951.

(5) P. DELTHIL. — Embryopathie à la suite d'un ictère infectieux fébrile à rechute. *Société de pédiatrie*, 10 juillet 1951.

(6) Julien MARIE, BARBET, HÉBERT et ROUSSEL. — Embryopathie surrénale avec hyperplasie cérébriforme des capsules surrénales, pseudo-hermaphroditisme du sexe féminin et vomissements répétés simulant une sténose du pylore. *Société de pédiatrie*, 17 avril 1951.

(7) P. NEVEU, P.-L. FODENREIDER et R. BOYER. — Maladie d'Apert, embryopathie synostosante et oligophrénie. *Réunion psychiatrique de Strasbourg*, 2 décembre 1950.

(8) Jean DELAY, A. SOULAIRAC, P. DESCLAUX. — Incompatibilités sanguines materno-fœtales (rhésus et groupes sanguins) et troubles du développement psycho-moteur. *Société de biologie*, 28 novembre 1948. — Jean DELAY, P. PICHOT, BERTAGNA. — Oligophrénies et ictères nucléaires. Rôle de l'incompatibilité rhésus dans les encéphalopathies infantiles. *Société médico-psychologique*, 11 juillet 1949.

Manifestations neuro-psychiques d'une ascaridiose, par MM. Paul NEVEU et Robert BOYER.

L'ascaridiose est une infestation à symptomatologie protéiforme. Et ceci explique, non pas la difficulté de son diagnostic, qui est relativement simple par le laboratoire, mais, ainsi que le dit Léon Binet, son caractère « déconcertant » (1). Si, d'autre part, l'on tient compte de la fréquence de l'ascaridiose, qui atteindrait 15 % des Français, on est parfois en peine de démontrer l'action pathogène de l'helminthiase, d'autant plus qu'elle peut s'associer à d'autres facteurs.

Rappeler que des troubles psychiques et neurologiques peuvent être déterminés par une ascaridiose n'a pour nous d'autre but que de faire penser à une étiologie bien connue de tous, mais que les masques divers adoptés dans son expression rendent parfois bien difficile à reconnaître pour le clinicien. Dans le cas que nous avons l'honneur de présenter, ce n'est que le rejet d'*ascaris*, il faut bien l'avouer, qui nous conduisit au diagnostic.

OBSERVATION. — G... Fernand, âgé de 41 ans, charpentier en fer, entre le 14 septembre 1950. Il nous apprend lui-même les faits qui ont motivé son internement, et qui seront confirmés ensuite par la presse régionale, puis par sa famille.

Un soir, à 6 heures, après avoir brisé ses meubles à coups de hache et avoir maltraité sa femme et ses enfants, G... va se réfugier au sommet d'une cheminée d'usine haute de 43 mètres, dont il fait l'ascension par le conducteur du paratonnerre. Plus de 20 heures, il reste sur ce perchoir, sourd aux appels de sa famille et de ses amis. Le lendemain après-midi, dédaignant la longue échelle que les pompiers ont amenée sur les lieux, il descend seul et il est amené dans notre service.

Il nous dit que, depuis huit jours, il ne pouvait plus dormir ; il avait des cauchemars qui le réveillaient en sursaut ; il avait peur, surtout la nuit. On avait installé des postes émetteurs dans sa chambre ; on l'épiait continuellement, on avait tenté de l'empoisonner en « maquillant » son vin et son tabac. On l'accusait d'avoir volé ses meubles ; ses voisins voulaient les lui prendre. « Pour ne pas qu'ils les aient, je les ai démolis. » On le menaçait nuit et jour de « l'enfermer chez les fous » en compagnie de sa femme et de ses enfants. « Pour ne pas qu'ils m'enferment, je me suis « réfugié là-haut. »

Il est calme, fatigué, un peu déprimé. Il se lamente sur les bêtises commises mais ne rectifie en aucune façon ses idées délirantes. A l'examen physique, il présente des signes nets d'imprégnation éthylique : tremblement digital et lingual, langue saburrale, subictère des conjonctives, foie gros et sensible à la palpation ; les réflexes sont tous normaux, la pression des masses musculaires est très douloureuse. Au milieu de la nuit, il se

(1) LÉON BINET et Claude BÉROURNÉ. — Note sur l'ascaridiose. *La Presse médicale*, 2 juin 1951, p. 765.

réveille brusquement en criant ; il a peur et cette peur ne le laissera qu'au petit jour.

Dans ses antécédents, nous relevons un séjour de deux ans au Tonkin, d'où il revient tatoué, paludéen et buveur. Mais c'est surtout depuis son retour de captivité, en 1945, qu'il se laisser aller à son goût pour l'alcool. Il absorbe environ trois à quatre litres de vin par jour et un litre d'eau-de-vie par semaine. Un peu forte-tête, casse-cou, acrobate, d'ailleurs gai compagnon, les entreprises de la région se disputent cet excellent ouvrier couvreur, que les travaux les plus périlleux n'effraient pas. A la maison, c'est un véritable bourreau familial, terrorisant et maltraitant femme et enfants.

Un mois avant son internement, on ne sait trop pour quelles raisons il avait pris un emploi dans une usine et ne buvait plus que très peu. Cela ne dura que trois semaines ; pendant la quatrième semaine, celle qui précéda son admission, il consomma dix litres d'alcool de mirabelle en compagnie de quatre camarades de travail. Il se présentait donc comme un alcoolique notoire, délirant après une absorption massive.

Dans le service, il se montre rapidement calme et lucide. Il persiste cependant des terreurs nocturnes assez fréquentes. Après quelques semaines de désintoxication, il est soumis à une cure de dégoût par établissement de réflexes conditionnés au moyen de l'apomorphine. Il est mis en liberté le 13 décembre 1950.

A-t-il dissimulé ses idées délirantes ? En effet, de retour chez lui, il se croit à nouveau persécuté. Il ne dort plus, il se livre à des actes incohérents. Il recherche des armes que ses voisins lui auraient prises pendant son absence. Il entend toujours, et surtout la nuit, des voix qui le menacent d'un nouvel internement. Il ne boit pourtant plus. Le 30 janvier 1951, confus, déprimé, anxieux, pleurant continuellement, il revient. Il présente maintenant l'aspect d'un mélancolique, et nous pensons à la possibilité d'une psychose périodique. Traité par électro-chocs, l'amélioration est rapide et persiste jusqu'au 16 février. Le 16 février, brusquement, survient un accès d'agitation avec anxiété, confusion complète ; les hallucinations auditives et visuelles, à prédominance nocturne, réapparaissent. Dans la soirée du 19 février, l'agitation s'accroît. Durant toute la nuit, il ne cesse de hurler, menaçant les infirmiers, brisant les vitres ; à plusieurs reprises, il tente d'escalader les murs, cherchant une issue pour s'échapper. Cet état confuso-onirique persiste, malgré une nouvelle série de chocs électriques, jusqu'au 16 mars. A cette date, la température s'élève brusquement à 39°, des signes pulmonaires de condensation (matité du sommet droit, râles crépitants, souffle tubaire), nous font penser à une pneumonie. Le malade refuse toute alimentation et toute boisson. Un traitement anti-infectieux (pénicilline) est institué. L'agitation et la confusion ne cessent de s'aggraver. Le 19 mars, hyperthermie, signes méningés (raideur de la nuque, signe de Kernig, photophobie, ventre rétracté en bateau), réflexes vifs ; la langue est sèche, rôtie, l'haleine fétide ; constipation. Les signes pulmonaires ont pratiquement disparu. La pénicilline n'apporte aucune amélioration. Le 21 mars, le soupçon d'une méningite tuberculeuse fait pratiquer une ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien est clair ; cellules : 4,5/mm³ à prédominance lymphocytaire ; albumine : 0,25/litre ; glucose : 0,85/litre ; chlorures : 9,20/litre ; réaction de Pandy : négative ; benjoin colloïdal : 00000.12221.00000.0 ; pas de germe visible, recherche de bacilles de Koch

négative. Culture négative après 24 heures. L'inoculation au cobaye est pratiquée et se révélera ultérieurement négative.

L'hémogramme montre : globules rouges : 4.960.000 ; hémoglobine : 88 % ; valeur globulaire : 0,88 ; globules blancs : 12.200. Polynucléaires neutrophiles : 72 % ; polynucléaires éosinophiles : 1 % ; moyens et petits monocytes : 18 % ; monocytes : 9 %.

L'absence d'hématozoaires du paludisme est vérifiée.

Un traitement anti-infectieux salicylé (2 grammes par jour par voie intra-veineuse) est alors institué. La température reste élevée (39°), sans grandes oscillations. Le 27 mars, une éruption urticarienne généralisée fait suspendre le salicylate. Le 28, le malade évacue dans les selles deux ascaris (un mâle, une femelle) et de nombreux œufs sont trouvés à l'examen microscopique. Le 30, est commencé un traitement anthelminthique. Dans la journée, le malade rejette un ascaris par la bouche. A partir du 31, on note une amélioration progressive de l'état physique et mental. Le calme revient, la confusion s'atténue et disparaît ainsi que l'onirisme. Le malade s'alimente seul, reconnaît peu à peu les infirmiers. Le 11 avril, il est affaibli, mais lucide. L'examen neurologique montre une hémiplégie gauche avec réflexes tendineux exagérés, cutanés plantaires en extension. Les nerfs crâniens ne sont pas atteints. Peu à peu, les signes déficitaires disparaissent et, huit jours après le début de la paralysie, le malade peut marcher seul. Le 2 mai, la force musculaire est identique des deux côtés aux membres supérieurs (contrôlée au dynamomètre), la marche est correcte, malgré une fatigabilité accentuée à gauche.

Au point de vue mental, G... est calme, très lucide. Une amnésie lacunaire totale correspond à la période de confusion.

Nous devons signaler ici un fait important. En interrogeant soigneusement G... sur ses antécédents pathologiques, alors qu'il ne sait pas encore que nous avons trouvé des ascaris dans ses selles et que ses troubles peuvent être dus à ces parasites, il nous dit avoir été hospitalisé à deux reprises, pendant les cinq ans de vie militaire, « parce qu'on avait trouvé dans ses « selles des vers qui ressemblaient à des vers de terre ».

Chez ce malade, il est difficile d'attribuer à la seule helminthiase le premier épisode morbide. L'alcoolisme, surtout, paraît en cause ; cependant, il semble logique de penser que les deux facteurs pathogènes ont agi simultanément, l'un renforçant l'autre. Lors de la deuxième admission, l'alcool était supprimé depuis plus de quatre mois. Nous ne pensons pas que les quelques verres de vins absorbés la veille de l'internement puissent être rendus responsables des troubles mentaux, encore moins des troubles neurologiques, observés après plusieurs semaines.

A quoi ressemble ce deuxième accès ? La symptomatologie n'a pas cessé de varier : confusion, anxiété, mélancolie, délire hallucinatoire onirique. De plus, signes d'atteinte pulmonaire rappelant la pneumonie, signes méningés graves et hémiplégie transitoire. Mais les troubles ayant rétrocedé très rapidement après l'élimination des parasites, il est permis de poser le diagnostic étiologique d'ascaridiose.

Quelques points de cette observation valent d'être soulignés :

1° Le polymorphisme des manifestations mentales et neurologiques et le passage successif à des aspects cliniques alarmants, et divers justifient l'épithète protéiforme.

2° La variabilité des aspects cliniques, bien soulignée par Gassiot et Leclerc (1), contribue le plus souvent à égarer le diagnostic, qui ne peut se fonder sur aucun signe clinique spécifique.

3° Le test de l'éosinophilie sanguine ne serait pas constant, puisque dans notre cas une helminthiase absolument vérifiée ne s'accompagnait que d'un taux de 1 %.

4° Seule l'observation d'ascaris rejetés par le malade, ou la présence d'œufs dans les selles a donc ici permis de poser le diagnostic.

5° Le rôle de l'ascaridiose est enfin démontré par l'action du traitement antihelminthique.

Quant à la pathogénie de ces troubles, elle peut laisser supposer, soit une action toxique du liquide cœlomique du vers qui, selon Cavier (2), contient de l'histamine, soit une réaction allergique responsable d'une encéphalopathie comparable à celles étudiées d'une part par F. Thiébaud et Taptas (3), et de l'autre par Y. Poursines (4). Dans notre cas, l'atteinte méningée et l'hémiplégie succédant aux troubles mentaux signent, comme dans le cas rapporté chez un enfant par G. Heuyer (5), l'existence d'une encéphalopathie vermineuse.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire général :

J. DUBLINEAU.

(1) G. GASSIOT et J. LECLERC. — Ascaridiose et psychopathie. *Annales médico-psychologiques*, 1936, t. I, n° 4, pp. 534-547.

(2) R. CAVIER. — Sur la toxicité du liquide cœlomique de l'ascaris du porc. *Société de biologie*, séance du 10 juillet 1948.

(3) F. THIÉBAUD et J.-N. TAPTAS. — Encéphalopathies réactionnelles. *Presse médicale*, 1949, n° 58, pp. 803-806.

(4) Y. POURSINES. — Les encéphalites allergiques d'origine infectieuse. *Rapport au Congrès de Besançon*, 1950, pp. 305-366.

(5) G. HEUYER, S. LEOVICI, ROBERT. — Encéphalopathie d'origine vermineuse probable. *Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 8 octobre 1949.

Séance du lundi 28 janvier 1952

**Présidence : MM. H. WALLON, ancien président
et G. COLLET, président**

Allocution de M. Henri WALLON, président sortant

MES CHERS COLLÈGUES,

Il est d'usage ici que le président sortant, au moment de quitter ses fonctions, adresse à ses collègues quelques commentaires sur les travaux de l'année écoulée. A ceux qui m'ont rendu si aisé d'y présider, je voudrais d'abord exprimer mes remerciements : en premier lieu au secrétaire général, M. DUBLINEAU, dont nous savons quelle est la vigilance pour l'organisation de nos séances et pour les intérêts de notre Société ; au secrétaire des séances M. CHATAGNON, à M. MENUAU qui, malgré son désir de laisser à un autre ses fonctions de trésorier, a pourtant accepté une prolongation de son mandat. Je suis très reconnaissant à M. COLLET, notre actuel président, de m'avoir plusieurs fois suppléé quand, absent de Paris, je ne pouvais assister à nos séances. Permettez-moi aussi d'envoyer à mon vieil ami René CHARPENTIER l'hommage de la Société pour la ponctualité avec laquelle les comptes rendus de nos communications et de nos débats sont publiés dans les « Annales médico-psychologiques », dont il a fait un périodique remarquablement vivant et d'une haute tenue scientifique.

Ainsi, la collection des « Annales » peut-elle nous permettre de constater d'année en année vers quoi s'oriente l'intérêt des psychiatres en France. Il me semble, pour 1951, que les thèmes qui ont provoqué les discussions parfois les plus passionnées ont une certaine unité. Ils reflètent le besoin d'aboutir à une psychiatrie, non plus contemplative, mais active. Tout au cours du XIX^e siècle, à la suite de PINEL et d'ESQUIROL, c'est le grand mérite des aliénistes français d'avoir tourné le dos à l'aliénation, regardée comme une monstruosité ou comme une damnation, et de s'être appliqués à déchiffrer les troubles mentaux, à distinguer entre eux, à définir les symptômes et les syndromes, à leur donner un nom. Œuvre admirable de fine observation, de raisonnement avisé et subtil, mais qui s'est tournée trop exclusivement vers l'analyse. Une fois démonté le mécanisme d'un délire ou d'une obsession, une fois étudiées les combinaisons, les successions, les alternances des symptômes, une fois constatées les différences de terrain ou d'évolution, il semblait que tout fût dit. Le scepticisme thérapeutique était à peu près général.

Aujourd'hui, la perspective est retournée. Les gros problèmes sont ceux de la psycho-chirurgie, des chocs curatifs, des réflexes conditionnés, de la

psychothérapie. Tentatives dispersées, pourrait-on dire, et souvent contradictoires. Au point de vue expérimental et scientifique, elles ont pourtant un fonds commun. Elles posent toutes, de la façon la plus urgente, le problème des rapports fonctionnels ou dynamiques des centres nerveux entre eux et celui des niveaux de la vie psychique.

La lobotomie ou la topectomie nous ramènent à l'expérimentation mutilante de Cl. BERNARD : supprimer un organe pour observer les carences ou les troubles fonctionnels qui en résulteront. C'est parce que ce genre d'expériences semblait moralement impraticable chez l'homme, que RIBOT, renversant les termes de la « médecine expérimentale », voulait voir dans la pathologie mentale l'équivalent d'une expérience faite, non par l'homme, mais par la nature elle-même. Et voici que des recherches thérapeutiques mènent à amputer le cerveau des portions par lesquelles l'espèce humaine se distingue le plus manifestement des espèces qui l'approchent le plus : les lobes frontaux. Qu'il soit possible, par cette opération, de rompre des circuits devenus exclusifs, irréductibles, vicieux et douloureusement ou dangereusement pathogènes, entre les foyers les plus élevés de la vie psychique et les centres des instincts ou des automatismes logés dans le diencéphale, voilà qui peut nous servir à élucider les modalités de leur influence réciproque. Mais la suppression des troubles visés n'implique pas que cette amputation préfrontale n'entraîne pas d'autres conséquences. Car il paraît inconcevable qu'il n'y ait pas autre chose dans le développement pris par les lobes frontaux chez l'homme qu'une excroissance parasite et capable de rester étrangère au psychisme total.

Si les épreuves utilisées font conclure à son intégrité, c'est qu'elles sont insuffisantes et que quelque chose se dérobe encore à notre analyse de ce qui constitue la personnalité humaine. Notre ignorance ne doit pas être une raison de sacrifier éventuellement ses manifestations, peut-être les plus élevées. La psychologie de l'amputé frontal n'a encore été qu'effleurée. Mais déjà sont notées l'atonie de son regard et de sa physionomie, qui restent les mêmes quelle que soit la situation, son manque d'initiative, son impuissance à généraliser un jugement et, semble-t-il aussi, l'insuffisance de ses discriminations morales. Il paraît manquer de tout ce qui peut valoriser l'homme social. Or, espèce humaine et société sont deux termes étroitement corrélatifs.

De l'un à l'autre, les problèmes s'enchaînent. Le retour possible de l'afrontal à ses activités quotidiennes ou professionnelles antérieures pose celui, à peine effleuré lui aussi à propos du langage, des automatismes intellectuels. A certains moments, et peut-être de façon constante mais latente, les mots, une fois acquis, semblent penser pour nous. Le mot n'est pas une simple étiquette ; il est déjà une opération idéologique, toute prête à développer spontanément ses effets, sous le contrôle plus ou moins vigilant de nos intentions et de nos buts actuels. Il doit en être de même pour des opérations non verbales, et ainsi s'expliqueraient certaines survivances fonctionnelles paradoxales. Pourvu que les circonstances restent sensiblement les mêmes, le résultat paraîtra cohérent et approprié.

A la différence de l'intervention chirurgicale, l'insuline, le cardiazol, l'électro-choc ont des effets massifs mais temporaires. Le coma et les convulsions suspendent l'activité de l'encéphale d'une façon subtotale. Ce n'est pas seulement le cortex dans son entier qui est fonctionnellement aboli, les réactions sous-corticales sont elles-mêmes fortement entamées.

Pourquoi, dans la restauration fonctionnelle qui suit, le trouble pathologique se trouve-t-il parfois éliminé ? Pourquoi la réussite thérapeutique est-elle meilleure avec le coma insulinaire ou avec la crise épileptique de l'électro-choc, suivant qu'il s'agit de dissociations schizophréniques ou de dépression cyclothymique ? Problème dont la solution peut paraître actuellement inabordable, mais résoudrait bien des problèmes relatifs aux rapports réciproques des centres nerveux et à l'importance spécifique de chacun. Le résultat de ces analyses permettrait sans doute de limiter l'action thérapeutique à ses effets utiles et de localiser plus exactement l'intervention aux relations interfonctionnelles intéressées.

Déjà, les travaux de PAVLOV ont montré le rôle que joue le cortex, organe de l'activité nerveuse supérieure, comme lieu de rencontre entre des réactions naguère ramenées à deux domaines complètement distincts, celui de la vie organique et celui des relations avec le monde extérieur. Les réflexes conditionnés sont à la jonction des deux ; ils tendent à réaliser une adaptation plus différenciée de l'individu aux conditions du milieu et aux exigences de son existence. Dans certains cas pathologiques, il peut être indiqué d'en créer d'artificiels : par exemple, dans l'alcoolisme, l'association de réflexes nauséeux à la vue du vin. Mais il est évident que la vie quotidienne est pleine de réflexes conditionnés et qu'une des tâches de l'éducation est d'éviter ou de redresser les conditionnements vicieux à l'aide de conditionnements appropriés. Il s'agit essentiellement de réaliser des conduites efficaces et socialement utiles, en liant les réactions organiques de l'individu aux objectifs légitimes de son activité personnelle. Ici encore, ce qui est en jeu, ce sont les rapports du cortex avec les centres sous-jacents. PAVLOV lui-même a insisté sur les inhibitions réciproques qui peuvent s'exercer entre les deux.

La psychothérapie enfin, bien qu'en apparence aux antipodes des méthodes précédentes, et particulièrement de celles qui agissent physiquement sur la substance ou les fonctions de l'encéphale, doit tenir compte, elle aussi, à travers les niveaux de l'activité psychique, des relations cortico-sous-corticales de l'activité nerveuse. On ne s'est peut-être pas suffisamment demandé vers quel niveau il faut orienter la guérison pour qu'elle ramène véritablement le malade à l'état normal. Bien souvent, c'est aux fantasmes de la vie affective qu'elle s'attache, c'est eux qu'elle concrétise, qu'elle codifie, so disant pour mieux les exorciser, et elle néglige les moyens directs et positifs de réadaptation que peuvent offrir des tâches extérieures dans lesquelles trouveraient largement à s'employer les pulsions affectives du malade. Elle le fixe ainsi à un stade primaire de la vie psychique, à un stade de narcissisme infantile ; elle le maintient dans un monde de mythes irrationnels au lieu de sublimer son expérience vécue vers ce qui en est l'aboutissement humain, la rationalisation progressive de tout ce que l'individu peut éprouver extérieurement à lui-même et intérieurement.

Ainsi envisagées, les différentes méthodes du psychiatre pour enrayer la maladie convergent, sinon dans leurs moyens, du moins dans leurs postulats, il est probable qu'elles tendent vers une limite où se résorbera définitivement la distinction du psychique et de l'organique. Ainsi, la psychiatrie doit contribuer puissamment à l'évolution de nos idées sur l'homme.

Allocution de M. Georges COLLET, président

MES CHERS COLLÈGUES,

Je suis heureux de vous exprimer ma gratitude et de vous présenter mes remerciements pour l'honneur que vous m'avez décerné en me confiant la présidence de notre Société.

Je fus toujours très assidu aux séances de la Société médico-psychologique, dès que j'eus cessé d'être médecin salarié ou médecin mobilisé, et j'ai ainsi largement accru mes connaissances en écoutant vos orateurs et en suivant vos débats. J'ai certainement fait trop peu d'efforts pour alimenter vos ordres du jour et pour nourrir vos discussions. Mais, de ce fait, j'ai ménagé votre attention. Et c'est pourquoi je pense, à tort ou à raison, pouvoir la solliciter aujourd'hui, en inscrivant, dans le cadre des remerciements que je vous dois, quelques considérations qui me paraissent opportunes.

Tout d'abord, je vous dirai que je juge pour moi très flatteur d'occuper cette place, où m'ont précédé de grands et nobles esprits, dont l'œuvre fut considérable et dont l'influence fut féconde et bienfaisante. J'ai vécu, depuis un an, dans une certaine intimité avec les fondateurs de notre Société. Ceux qui furent les premiers présidents me sont apparus, non seulement comme des savants, des inventeurs et des organisateurs de grand mérite, mais aussi comme des personnalités infiniment attachantes de cette belle époque que fut l'époque romantique. FERRUS, GERDY, BUCHEZ, PARCHAPPE, LOUIS PEISSE, BAILLARGER, CERISE, TRÉLAT, BRIÈRE DE BOISMONT, pour m'en tenir à la première période décennale, sont là pour m'affirmer que le poste, que votre bienveillante indulgence m'attribue pour cette année, est le plus glorieux qu'il soit permis à un psychiatre d'ambitionner.

Aux noms de ces hommes, dont le prestige assure encore l'autorité de la Société, qu'ils fondèrent en 1852, je veux associer ceux de quelques-uns de leurs successeurs à la présidence, envers qui j'ai contracté jadis une dette de reconnaissance, que le temps écoulé ne prescrira jamais : Auguste VIGOUROUX, dont je fus l'interne et l'ami ; Edouard TOULOUSE, qui me confia, en 1905, la rédaction du compte rendu de vos séances pour la *Revue de psychiatrie* ; Paul SOLLIER, qui fut pour moi, pendant quatre ans, un exemplaire vivant du bon psychothérapeute ; Achille DELMAS, dont l'amitié me fut fidèle jusqu'à sa disparition prématurée. Depuis notre internat à Vaulcuse, j'ai conservé à DELMAS, et à mon ami René CHARPENTIER, un sentiment très reconnaissant, pour la délicate sollicitude et la serviabilité parfaite, dont ils firent bénéficier le pauvre typhique que je fus durant quelques semaines. M. PACTET, notre doyen, fut mon patron, en 1919, pendant le dernier mois de ma vie militaire ; je lui adresse d'ici, à sa résidence comtoise, l'hommage de mon respect, et mon souhait de le revoir à la séance du Centenaire.

L'honneur que vous m'avez conféré, mes chers collègues, en m'appelant à présider vos séances, coïncide avec la cinquantième année de ma carrière psychiatrique. C'est, en effet, en 1902, que je remplaçai pendant trois mois l'interne du professeur PIERRET, à l'asile de Bron. L'ami dont j'assumai les fonctions, Edmond CORNU, était parti pour Paris, afin d'y

préparer le concours de l'adjuvat des asiles. Un décret du 9 mai 1902 avait remplacé les concours régionaux par un concours national unique. « Le concours unique, écrivait alors Edouard TOULOUSE, était réclamé par beaucoup de médecins. Il présente l'avantage de provoquer une émulation plus grande entre les candidats et, les plus instruits étant rassemblés, d'élever le niveau des épreuves. Au point de vue de l'intérêt général de la psychiatrie, cette forme de concours paraît bonne. » Ce concours unique, que je croyais sain et robuste, est-il déjà devenu, dans sa cinquantième année, décrépît, sénile, bientôt moribond ? Je suis alarmé de le voir classé, dès à présent, dans la catégorie des « préjugés sinistres », par un de nos collègues, — certes, de grande expérience, puisqu'il est à la retraite.

J'ai nommé mon premier éducateur en médecine mentale : le professeur PIERRET ; mais je ne vous ai pas dit toute l'admiration que j'éprouvais pour cet homme de haute taille, aux cheveux longs, à la longue barbe, aimable et cordial, qui parlait de toutes choses avec finesse, en un langage élégant, avec les expressions les plus justes et les plus nuancées, d'une voix dont le timbre eût satisfait le musicien le plus exigeant. PIERRET, élève de Charcot, avait été nommé à la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon. Médecin très complet, neurologiste éminent, assez dédaigneux des observations psychologiques, volontiers ironique à l'égard de la doctrine de la dégénérescence mentale, déjà sur son déclin, PIERRET étudiait, dans les maladies mentales, les manifestations d'affections organiques, d'infections, d'auto-intoxications. Lorsque cette tendance devient un parti-pris, elle vous détourne facilement de toute étude psychologique, de toute investigation relative à la psychogénèse de certains troubles mentaux, et, malheureusement aussi, de toute psychothérapie. Or, cette même tendance, je l'ai retrouvée en arrivant à Paris, en 1904, dans la génération d'Auguste VIGOROUX. C'était l'époque où florissaient les recherches sur la démence précoce, maladie organique, dont l'étude si loin fût-elle poussée, ne renseignait guère sur les psycho-névroses, et ne fournissait aucune indication relative au traitement moral applicable aux troubles fonctionnels.

L'expérience clinique des névropathies et la connaissance des moyens psychologiques à leur opposer, je les ai acquises au contact de Paul SOLIER, à la lecture des ouvrages de Pierre JANET, de DÉJERINE, de CAMUS et PAGNIEZ, de DUBOIS (de Berne), d'ANDRÉ-THOMAS.

Mais voici qu'une ère nouvelle semble maintenant commencer pour l'école française de psychothérapie. La diffusion abusive des doctrines freudiennes est peut-être déjà en régression. Il est vraisemblable que le récent ouvrage d'Emil LUDWIG ne leur amènera pas de nouvelles recrues. Et, d'autre part, un retour à des conceptions de saine psychothérapie est manifestement marqué dans les derniers livres de notre collègue Henri BARUK.

Les remerciements que je vous dois, mes chers collègues, portés au carré du fait que vous avez, sans l'avoir prévu, associé mon modeste jubilé psychiatrique à la présidence dont vous m'avez honoré, c'est évidemment à la troisième puissance que je dois les élever, pour vous exprimer convenablement la satisfaction que j'aurai à remplir la mission, que vous avez bien voulu me confier, d'organiser la commémoration de la fondation de la Société médico-psychologique.

Je sais que j'aurai auprès de moi, pour contribuer au succès des projets que nous avons élaborés, afin d'honorer dignement la mémoire des fondateurs, l'expérience et le dévouement de tous les membres du conseil d'ad-

ministration : MM. Xavier ABÉLY et Henri WALLON, anciens présidents ; notre vice-président, le professeur SANTENOISE ; notre secrétaire général, M. DUBLINEAU ; notre trésorier, M. MENUAU ; nos secrétaires des séances, MM. CHATAGNON et MICHAUX. Ils devront tous ajouter quelques obligations supplémentaires à leurs charges habituelles, dans ces circonstances exceptionnelles, où nous voudrions obtenir de vous, mes chers collègues, d'unanimes approbations.

COMMUNICATIONS

Quelques réflexions sur les problèmes de la vieillesse, par M. R. BRIAU.

L'importance des problèmes que pose le vieillissement de l'homme ne peut échapper à personne, et personne ne peut demeurer indifférent en leur présence. Chacun sait ou sent qu'il devra participer à l'expérience du déclin des êtres qui constituent sa famille, son clan, son milieu professionnel, et qu'il lui faudra vivre probablement sa propre épreuve de la vieillesse. La question revêt donc un aspect individuel, qui varie beaucoup suivant les ressources intellectuelles et affectives de l'homme considéré isolément. Elle a également un aspect collectif, bien plus variable encore selon les conditions de vie, la formation intellectuelle, professionnelle, les disciplines de pensée.

Ces problèmes ont inspiré beaucoup de méditations et de travaux mais, pour limiter les citations, nous nous bornerons à rappeler quelques-unes des plus récentes contributions publiées en France. En 1948 ont eu lieu des journées pour l'étude scientifique du vieillissement. Parmi les rapporteurs des questions étudiées alors, M. Dublineau a exposé des conceptions nouvelles sur la psychologie de la sénescence. Considérée à la lumière de ces idées, l'évolution mentale du vieillard n'apparaît plus seulement sous un aspect de destruction. Pestel, dans la *Presse médicale*, en 1949, nous présente une synthèse des notions récemment acquises ou confirmées, en ce qui concerne les processus organiques du vieillissement, et se réfère longuement aux idées de Dublineau pour ce qui caractérise l'évolution psychologique du vieillard. Plus récemment encore, M. Minkowski nous a apporté une étude de la question, qui témoigne de sa profonde intelligence des âmes humaines. Il a conclu cette étude sur une note optimiste, en offrant à ceux qui vieillissent les clefs de la sagesse et de la sérénité.

Penser avec Dublineau que l'homme vieillissant, mais dispersé par le fait d'une activité antérieurement trop intense, bénéficie d'un enrichissement de la vie intérieure, se « spiritualise », acquiert des quali-

tés nouvelles, est une agréable consolation. Il est également apaisant d'espérer, avec M. Minkowski, une douce philosophie et un détachement non douloureux des êtres et des choses. Cependant, nous avons cru opportun de poser ici deux questions.

L'homme, dans les temps actuels, ne vieillit-il pas plus vite ? N'est-il pas, en raison même des conditions d'existence plus difficiles, qui le bousculent sans cesse et le contraignent à se hâter, moins apte à se préparer à bien vieillir ?

Nous avons cru remarquer, dans notre service d'hôpital psychiatrique, un accroissement du nombre des sujets qui, sans être réellement âgés du point de vue de l'état-civil, présentent des signes précoces de détérioration intellectuelle et affective, alors même que leur maladie mentale ne comporterait pas habituellement des éléments d'affaiblissement psychique. D'autre part, il nous apparaît que les normes de rendement exigées de l'individu en de nombreuses branches d'activité professionnelle, l'industrie en particulier, sont de plus en plus élevées, et que la réduction du temps de travail est largement compensée par la fatigue d'un rythme de production accéléré par la mécanisation, par le bruit. Est-il besoin de dire que l'alcoolisme intervient très souvent pour aggraver les choses. Des impératifs économiques, contre lesquels il n'est pas question de s'élever, ne vont-ils pas provoquer une élimination précoce d'un grand nombre de travailleurs, qui auront physiquement et mentalement vieillis avant l'âge, et qui n'auront pas eu le temps de se préparer à la « crise de retraite » ? Nous avons appris récemment, d'un chef de service d'usine, que la tendance de sa maison était le refus d'embauche des ouvriers qualifiés de plus de cinquante ans. Si, comme l'affirme la statistique, la durée moyenne de la vie augmente en France, ne serons-nous pas demain en présence d'un nombre important de « vieillards prématurés », tout à fait inadaptés à leur nouvelle condition sociale. Ceux-là n'auront pas eu le temps d'apprendre le chemin de la retraite avec calme et sagesse. Ils devront faire face à des conditions de vie matérielles plus dures, contre lesquelles ils n'auront pas su se prémunir. Ils souffriront vivement de se sentir brutalement écartés, minimisés, frustrés de quelques années, pendant lesquelles ils espéraient encore ne pas être inférieurs aux hommes de leur groupe. Leur misère physique et morale, jointe à une usure organique précoce, ne sera-t-elle pas suffisante pour engendrer des troubles mentaux ?

Telles sont les raisons pour lesquelles nous pensons que le rôle du psychiatre ne sera pas limité seulement à l'étude des caractères de la psychologie de la sénescence, et à celle des facteurs organiques du vieillissement. Sans ces études, notre action n'aurait aucune base et aucune efficacité. Mais il nous apparaît indispensable de penser dès maintenant à l'élaboration d'un plan de combat. Une géopsychiatrie qui se bornerait à de nouvelles classifications des expressions cliniques de la sénilité mentale serait insuffisante.

Une conversation avec un de nos confrères étrangers nous a montré que notre inquiétude était partagée par ses compatriotes. Ceux-ci sont entrés en effet dans la voie de l'action prophylactique. Ils ont créé des consultations spécialisées, où le psychiatre accueille et conseille le candidat à la vieillesse, l'aidant de tout son pouvoir à se préparer à bien vieillir. Nous pensons que le temps est venu de réaliser la même œuvre en France.

L'action d'une telle organisation ne serait pas limitée à un but d'orientation psychologique vers l'apaisement. Une étude attentive du degré des déficiences organiques et mentales, avec un regard au bilan des possibilités nouvelles qui peuvent compenser ces déficiences, permettrait sans doute une utilisation, une sorte de reclassement professionnel de l'homme vieillissant. Les méthodes modernes d'exploration psychologique sont certainement applicables aux sénescents et suffisamment perfectionnées pour permettre la réalisation d'une mise au point pratique des problèmes de chacun. Ainsi se trouverait dépassé le stade de la simple prophylaxie des psychoses de la vieillesse. Les charges d'assistance supportées par les individus encore capables d'un rythme de production conforme aux exigences des normes modernes en seraient allégées.

Une organisation de prophylaxie, si agissante et si puissante soit-elle, ne pourrait supprimer les cas nombreux où il faut recourir à d'autres modalités d'assistance. Pour les incapables, les invalides définitifs, notre souci serait d'éviter l'écueil des vieux usages. L'assistance à domicile, qui laisse au vieillard trop diminué mentalement tout juste la possibilité d'entretenir une existence rétrécie, isolée, lamentable, est trop souvent génératrice d'états délirants. L'hospice, parent pauvre de l'hôpital, constitué à l'heure actuelle, pour les vieux dont les facultés ne sont pas éteintes, un climat étouffant et avilissant, par son rythme de vie monotone et son inaction contagieuse.

Il faudrait étudier dès maintenant la réforme des collectivités hospitalières destinées à accueillir les vieillards diminués, mais non atteints de troubles mentaux.

On doit penser enfin qu'il subsistera un contingent important de sénescents et de séniles frappés d'aliénation mentale. Pour ceux-là, nous devons créer des services particuliers, équipés de façon spéciale, pour permettre de les traiter dans des conditions meilleures que celles existant actuellement encore dans la plupart des hôpitaux psychiatriques.

BIBLIOGRAPHIE. — DUBLINEAU (J.) : Réflexions sur la psychologie de la sénescence. *Annales médico-psychologiques*, mars 1948. — *Journées pour l'étude scientifique du vieillissement*, Paris, avril 1948, rapports BOURLIÈRE, DUBLINEAU, SUTTER. — PESTEL : Vieillesse et vieillissement. *Presse médicale*, mai 1949. — *Actas Luso Españolas de neurología y psiquiatria*, Soté Sagarra, août 1949.

DISCUSSION

M. E. MINKOWSKI. — Le problème de la vieillesse connaît un regain d'intérêt. Récemment, à l'occasion d'un séjour à Bruxelles, j'ai assisté à la séance de la Société belge de psychologie : la vieillesse était à l'ordre du jour.

Pourquoi ce regain d'intérêt ? Des facteurs multiples entrent conjointement en jeu. La durée moyenne de la vie humaine est devenue plus longue ; il y a plus de vieillards. Mais peut-être y a-t-il lieu d'invoquer également ce renouveau d'humanisme auquel nous aspirons en opposition à des idéologies dont nous avons eu à connaître les méfaits sous l'occupation.

M. Briau a eu l'obligeance de citer mon article. Cet article, je l'ai écrit, non avec mon intelligence, comme il veut bien le croire, mais en cherchant un point d'appui en fonction de mon âge.

Si, de nos jours, un employeur hésite à embaucher un homme qui a atteint la cinquantaine, c'est que les conditions sociales lui font donner la préférence à un jeune. D'autre part, l'usure conditionnée par les exigences de la vie moderne et les dangers qu'elle comporte sur le plan sanitaire ne sont pas spécifiques de la vieillesse.

Sur le plan psychologique, il est important de savoir « cultiver son jardin ». Il y a des vies monocordes qui s'effondrent littéralement au moment de la retraite. Il faut savoir vieillir. Mais il faut, d'une part, que l'Etat assure aux vieux la possibilité de cultiver leur jardin, et, d'autre part, que l'amour de ce « jardin » soit développé dès le jeune âge. La vieillesse vient ainsi, par un choc en retour, projeter utilement le problème qu'elle pose, sur les phases antérieures de l'existence.

M. J. DUBLINEAU. — L'un des aspects pratiques d'une compréhension optimiste des problèmes gérontologiques réside dans la possibilité qu'elle réserve de résister à la tentation, en présence d'un sujet physiquement vieilli ou diminué, de le considérer *ipso facto* comme un diminué psychique et, *à fortiori*, comme un dément sénile. Nous connaissons tous des malades, entrés en état de confusion subaiguë, présentant un état d'obtusion que l'artériopathie, la sclérose, l'alcoolisme, l'urémie ont pu aggraver sensiblement. Mais l'affaiblissement y est souvent moindre qu'on ne le pensait au premier abord. Quelques semaines, parfois même quelques mois plus tard, on est surpris de retrouver chez ces malades une activité pragmatique et intellectuelle suffisante pour que l'étiquette de « démence sénile » ou « artério-scléreuse » s'en trouve plus ou moins démentie. Le problème psychologique de la détérioration mentale doit être considéré dans une double perspective : perspective objective des tests d'abord, mais aussi perspective évolutive. Les théories générales de l'évolution, sur le plan tant individuel que social, doivent intervenir pour aider l'observateur dans l'interprétation de faits que la vie quotidienne rendrait complexe sans leur aide dialectique. C'est ce que nous avons tenté de faire à la lumière de nos recherches sur les poussées évolutives de l'enfance dans l'étude sur la « psychologie de la vieillesse », dont nous avons été chargé lors des « Journées nationales du vieillissement », étude que M. Briau voulait bien rappeler au début de sa communication.

M. Henri Ey. — J'approuve entièrement ce que vient de dire M. Dublineau. J'estime que nous faisons un grand abus de la notion de démence sénile. Beaucoup de malades classés comme des « déments séniles » ne sont ainsi considérés que parce qu'ils ont un grand âge. Or, la pathologie mentale de la vieillesse comporte une grande variété de troubles psychiques (et même névrotiques). Notamment, des crises de type maniaco-dépressif, des accès confusionnels, etc..., et s'observent fréquemment. C'est dire que si nous ne voulons pas que les hôpitaux psychiatriques soient encombrés de vieillards, il faudrait se montrer plus prudent dans l'emploi

du concept « démence sénile » et ne pas en s'y référant, quasi systématiquement, s'interdire de chercher d'autres solutions que celle de l'internement.

M. L. MARCHAND. — Dans le problème concernant la vieillesse, il y a lieu de distinguer l'état physique et l'état intellectuel des vieillards, la vieillesse du corps et la vieillesse de l'esprit. Il y a une cinquantaine d'années, j'ai entendu, à l'Académie de médecine, un discours du professeur Jaccoud, alors très âgé, sur l'académicien Villemin, décédé. Jaccoud présentait les signes physiques de la vieillesse, il était courbé par l'âge ; il prononça un discours magistral, sans notes, rappelant les dates des travaux du collègue décédé. Dès ce moment, j'ai conclu qu'on pouvait présenter les signes de la plus grande décrépitude sans que le cerveau présente le moindre affaiblissement. Depuis, j'ai entrepris des recherches anatomo-cliniques sur les processus séniles et je suis arrivé à cette conclusion que, de toutes les cellules qui composent nos organes, les cellules psychiques qui naissent avec un capital génétique donné s'accroissent et ne se multiplient pas, sont celles qui doivent présenter le moins d'altérations sous l'influence de la vieillesse. D'ailleurs, nous n'avons qu'à nous rapporter aux nombreux exemples de grands hommes, mathématiciens, savants, chimistes, littérateurs, musiciens, peintres, etc..., qui, après l'âge de 75 ans, ont produit leurs plus belles œuvres. J'estime qu'il est faux de dire d'un vieillard, dont l'intelligence faiblit, que c'est un effet de l'âge, il s'agit de modifications cérébrales pathologiques.

Action des électro-chocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. Etude statistique, par MM. Henri Ey et J. BURGUET.

Nous nous proposons de préciser :

1° si, et dans quelle mesure, l'électrochoc-thérapie a modifié la durée d'hospitalisation des malades appartenant au groupe des psychoses périodiques ;

2° si des résultats identiques sont observés dans les états mélancoliques d'involution.

1° PSYCHOSE PÉRIODIQUE. — Nous avons étudié deux groupes de malades hospitalisées dans le service des femmes de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, à dix ans d'intervalle, et pour chacune desquelles nous avons considéré une période de trois ans d'observation après leur sortie.

Groupe I : malades entrées en 1935-1936-1937, et traitées par de petites doses d'insuline, de laudanum, ou des hypnotiques banaux, etc. (50 malades).

Groupe II : malades entrées en 1946-1947-1948, pour lesquelles l'électrochoc a été le traitement essentiel (62 malades).

N'ont été considérées comme « sorties » que les malades non réinternées dans les six mois qui ont suivi leur sortie. Pour celles ayant rechuté dans ce délai de six mois, nous avons compté comme temps

total d'internement, non seulement la durée des séjours dans le service, mais même le temps passé à leur domicile (c'est le cas de 4 % des malades du groupe I et de 6,4 % de celles du groupe II). Le taux des « récédives » porte sur les malades ayant présenté un nouvel accès au cours des trois années qui ont suivi leur sortie.

Les malades décédées durant leur séjour dans le service (4 pour le groupe I, 2 pour le groupe II) ne figurent pas dans notre statistique puisque leur mort a interrompu l'observation, dont la durée devait être rigoureusement la même dans tous les cas (trois ans).

L'étude comparative des deux groupes peut être synthétisée dans le tableau suivant :

	Durée moyenne d'internement	DURÉE DU SÉJOUR			Récidives	
		Moins de 100 j.	de 100 j. à 1 an	Plus d'un an		
Groupe I (50 cas) Malades non traitées par E. C.	206 jours	Manie (18) 274 jours Mélancolie (32) 174 jours	40 %	42 %	18 %	12 %
Groupe II (62 cas) Malades traitées par E. C.	91 jours	Manie (14) 163 jours Mélancolie (48) 75 jours	76 %	22,5 %	1,5 %	20 %

Ainsi, la durée de séjour a été réduite de plus de la moitié, pour le groupe des malades traitées par électrochocs. Exactement de 57 % pour les états mélancoliques, de 41 % pour les états maniaques. Ce qui confirme la notion classique de la plus grande durée des accès maniaques, en même temps que leur résistance plus élevée aux thérapeutiques de choc. Signalons toutefois que le groupe 1935-1937 comporte 18 cas de manie (soit 36 %), contre 14 dans le groupe 1946-1948 (soit 22 %). En fait, si le pourcentage des états maniaques avait été le même dans les deux groupes, la durée moyenne de séjour du premier groupe aurait été de 188 jours au lieu de 206 jours.

Cette remarquable influence de l'électrochoc sur la durée de séjour (1) contraste avec les résultats obtenus par le cardiazol. Ceci

(1) Comme le fait remarquer Herbert Lewrenz dans une récente étude statistique défavorable à l'action thérapeutique des chocs dans les formes maniaco-dépressives (*Untersuchungen über den Wert der Schocktherapie bei endogenen phasischen Psychosen am dem Formenkreis der manisch, depressiven Erkrankungen-Nervenarzt*, juin 1951), la durée de séjour ne peut pas être exactement superposée à la notion de durée de la crise, mais c'est tout de même, croyons-nous, un fait plus facilement dénombrable et d'un grand intérêt pratique. C'est en tout cas géné-

ressort avec évidence de l'importante statistique publiée par Dedicen (1). La convulsivothérapie au cardiazol, pratiquée par cet auteur avant juillet 1939, ne semble pas en effet avoir modifié la durée de séjour, comparativement à celle du matériel de contrôle : les chiffres sont même en faveur de l'abstention.

Pour 146 cas traités, 41 % ont séjourné de 0 à 6 mois ; 23 % de 6 mois à 1 an ; 14 % de 1 à 2 ans ; 12 % de 2 à 5 ans et 10 % au moins 5 ans. Pour 78 cas non traités, 64 % ont été hospitalisés de 0 à 6 mois ; 21 % de 6 mois à 1 an ; 6 % de 1 à 2 ans ; 8 % de 2 à 5 ans et 1 % au moins 5 ans.

Il va de soi que les statistiques qui ne tiennent pas compte de la durée des crises sont beaucoup moins significatives. Nous pouvons cependant souligner que les effets favorables de l'électrochoc ressortent des données statistiques fournies par Cossa (2), en 1946, à propos des simples pourcentages de guérison. La majorité des auteurs cités par Cossa (800 malades pour quinze statistiques) comptent au moins 75 % de guérison des accès mélancoliques par électrochocs, avec 5 % seulement d'échecs absolus. Le pourcentage de guérison des accès maniaques est sensiblement le même.

Le gros problème qui se pose au sujet de tous ces chiffres est celui de savoir si, en diminuant la durée des accès, on ne multiplie pas leur fréquence. Les malades du premier groupe ont, au cours des trois années d'observation qui constituent la base de notre statistique, récidivé dans une proportion de 12 % (6 malades sur 50 ont fait une récidive). Pour les malades de notre deuxième groupe, les récidives atteignent 20 % (12 malades sur 62). Ces chiffres montrent : 1° que les récidives dans les trois ans sont relativement peu nombreuses dans les deux groupes ; 2° qu'elles sont deux fois plus fréquentes dans le groupe traité par électrochocs que dans le groupe de contrôle. Pour apprécier la valeur des thérapeutiques de choc par rapport aux récidives, il faudrait pouvoir étudier très rigoureusement la valeur des rémissions et établir si celles-ci sont, non seulement plus ou moins solides, mais aussi plus ou moins bonnes. C'est dans cette voie

ralement cette durée de séjour qui est prise en considération dans la plupart des statistiques, tout au moins dans celles qui sont « significatives », c'est-à-dire qui ne se contentent pas à propos de crises par définition curables de parler d'un pourcentage de guérison. Signalons à propos de ces statistiques qu'après une période où l'on a surtout publié des résultats favorables (cf. notamment les rapports de Muller et de Cossa et les bulletins de l'*Electro-Schock Research Association*, etc.), on tend maintenant à faire état de statistiques défavorables. Lewrenz en cite quelques-unes dans son travail (Per Ancherson 1947, Bennett 1947, Agsgaard, Martensen-Larsen et Ostfeld 1947, Harvey Baird 1947, Langworthy, Whiteborn 1948). Cependant, si nous nous en rapportons aux discussions du premier Congrès mondial de psychiatrie de 1950, on peut dire que la plupart des auteurs ne partagent pas ce pessimisme.

(1) DEDICHEN (H. H.). — A comparison of 1459 shock treated and 969 non shock treated psychoses in Norwegian Hospitals, Copenhagen, 1946, un vol., 160 p. (collection des *Acta psych. et neur.*, n° 37).

(2) COSSA. — Rapport Congrès Genève-Lausanne, 1946, p. 142 à 151.

que devraient s'engager de nouvelles études statistiques. Nous devons signaler à ce sujet que le taux des suicides dans notre statistique n'est pas significatif, puisque, pour aucune malade de ces deux groupes, nous n'avons été amenés à observer de suicide.

Cette tendance plus grande à la récurrence ne doit pas cependant masquer l'importance du fait signalé plus haut, à savoir que la durée totale du temps d'hospitalisation est inférieure de 50 % chez les malades traitées. Un autre aspect de cette action favorable de l'électrochoc est représenté par la faible proportion des cas chroniques exigeant une très longue durée d'internement. Tandis que dans le groupe I, 18 % des malades ont dû être hospitalisées plus d'un an, et même parfois davantage, on n'en compte que 1,5 % dans le groupe II.

2° MÉLANCOLIES D'INVOLUTION. — Nous nous sommes basés sur les seuls critères suivants pour classer ces malades dans le groupe si discuté, depuis Krœpelin, Dreyfus, Capgras, etc..., des mélancolies d'involution : absence d'accès antérieur soigneusement recherché ; premier accès vers 50 ans, le début coïncidant, en général, avec la ménopause.

Nous avons, là encore, considéré deux groupes, dans les mêmes conditions que pour la psychose périodique : groupe I : 1935-1937 (14 malades) ; groupe II : 1946-1948 (30 malades).

Les résultats sont les suivants :

	Durée moyenne d'internement	DURÉE DU SÉJOUR			Récidives
		Moins de 100 j.	de 100 j. à 1 an	Plus d'un an	
Groupe I sans E. C. (14 malades)	208 jours	21 %	64 %	15 %	7 %
Groupe II avec E. C. (30 malades)	92 jours	73 %	23 %	4 %	20 %

La durée moyenne de séjour est un peu plus longue pour ces « mélancolies d'involution » que pour les mélancolies des psychoses périodiques, mais elle est diminuée de plus de la moitié dans le groupe II. Par contre, le pourcentage des récurrences est là encore supérieur dans le groupe II (20 %, contre 7 % dans le groupe I) (1).

(1) La question des récurrences dans la « mélancolie d'involution » a été le grand cheval de bataille des partisans et des adversaires de l'autonomie de cette forme clinique. En effet, on a considéré que la mélancolie d'involution ne comportait pas généralement de récurrence. La fameuse statistique de Gaussen (1911) indique que 70 à 93 % de ces mélancolies se présentent sous forme d'un accès unique.

Une statistique américaine récente, au sujet de l'électrochoc dans la mélancolie d'involution, a été publiée par I.-L. Fischer (1). Cet auteur définit ce syndrome comme un état dépressif avec agitation, survenant entre 40 et 55 ans chez les femmes, et 55 et 65 ans chez les hommes, cette « crise » étant considérée comme l'aboutissement d'un long passé psychasthénique et obsessionnel. Groupant les chiffres de nombreux psychiatres américains (Kalinowsky, Ziskinds, Davidoff, Menninger, etc...), il donne les résultats suivants : en 1935-1937 (sans électrochoc), guéris, 30 % (améliorés, 92 % ; échecs, 8 %) ; en 1945-1947 (avec électrochoc), guéris, 62,5 % (améliorés, 90 % ; échecs, 10 %).

Selon Tillotson (cité par Fishbein), la durée de la maladie est réduite de 75 à 90 %. Il précise que 55 % des malades restent moins de six mois, 80 % moins d'un an. Malheureusement, ces statistiques n'indiquent pas le chiffre des récidives. L'auteur conclut que cette réduction du délai de séjour est due essentiellement à l'électrochoc et que les thérapeutiques associées (traitement endocrinien, amphétamines, etc...), n'ont qu'un rôle tout à fait secondaire.

CONCLUSIONS. — 1° Il ressort de notre étude statistique que l'action thérapeutique de l'électrochoc est certainement considérable sur la durée des crises maniaco-dépressives. Même si, dans 20 % des cas, pour une durée d'observation de trois ans, il y a des récidives, la durée totale des périodes de maladie est diminuée de moitié depuis l'emploi de l'électrochoc.

2° Il ne semble pas, — contrairement à ce qui a été affirmé (2) —, que les mélancolies d'involution se comportent très différemment à l'égard des crises mélancoliques des psychoses périodiques. Il paraît donc impossible de tirer argument d'une différence d'action thérapeutique par l'électrochoc pour consolider l'entité « mélancolie d'involution ».

DISCUSSION

M. A. SOULAIRAC. — Une des argumentations principales de M. Ey repose sur la différence des pourcentages du nombre des récidives chez les malades non traités et traités par l'électro-choc.

Les valeurs présentées par M. Ey me semblent des valeurs purement arithmétiques (12 et 20 %) et pour que ces chiffres présentent un intérêt, il serait absolument indispensable qu'on puisse en connaître la signifi-

(1) FISHBEIN (I. L.). — Involutional Melancholia and convulsive therapy. *Americ Journ. of Psych.*, 1949, vol. 106, n° 2, p. 128 à 139. (Cet article contient une importante bibliographie des travaux américains sur ce sujet).

(2) On trouvera, dans les rapports de Cossa et Muller au *Congrès de Genève-Lausanne*, 1946, p. 150 et 185, des chiffres et des pourcentages fournis par certains auteurs (Legrand, Sogliani, etc...), qui semblent indiquer que la mélancolie d'involution est moins sensible à l'action de l'électro-choc. Nos chiffres concordent avec ceux de Muller et ceux de presque tous les auteurs étrangers cités par lui (Kalinowsky, Von Braunmühl, etc...). Ils montrent que les mélancolies d'involution réagissent tout aussi bien que les dépressions de la psychose périodique.

cation statistique. Il eût été souhaitable que, dans une note présentant en titre « Etude statistique », figurât la mention de la signification statistique des valeurs observées.

M. M. CARON. — Dans la statistique qui nous est donnée, le pourcentage de récidives paraît plus élevé chez les malades traités que chez les malades non traités par le choc. Mais si l'on tient compte des cas passés à la chronicité chez les premiers, qui auraient sans doute fourni le plus grand nombre de récidives après traitement, le paradoxe apparent de cette statistique s'annule à peu près.

M. Henri EY. — J'ai eu bien soin d'indiquer que le calcul auquel nous nous sommes livrés ne peut pas être considéré comme une étude statistique ; celle-ci comporte en effet, nécessairement, une analyse plus rigoureuse des faits et des corrections mathématiques indispensables. Mais je ne pense pas qu'aucune application d'une méthode statistique rigoureuse change grand-chose à nos conclusions. Celles-ci me paraissent, en tout cas, assez claires et simples pour entraîner ma conviction.

Maladie de Recklinghausen et syndrome de dépersonnalisation, par MM. Henri EY et J. BURGUET.

OBSERVATION. — Mlle P. L., 53 ans, est entrée à l'hôpital psychiatrique de Bonneval le 12 janvier 1951. Elle se présente comme une femme de petite taille, au visage précocement vieilli. Elle est atteinte d'une neurofibromatose cutanée typique. Elle exprime avec volubilité et prolixité un délire à thème de dépersonnalisation et de métamorphoses somatiques fantastiques :

« On m'a changé la tête à Ermenonville... On me l'a dévissée... Maintenant j'ai une tête d'éléphant et j'ai eu aussi une tête de cochon... Ils m'ont mis des yeux de Vendôme..., des yeux qui voyaient pas clair parce que j'avais le cerveau trop fixe, comme un casque... Avant je causais comme il faut. On m'a remplacé mes jambes... C'est les jambes d'Honoré que j'ai... Mon pouce aussi c'est plus le même..., il avait une cicatrice et celui-là n'en a pas... C'est pour me faire des tours, des blagues, c'est des gens qui s'amuse et qui me font ça. J'ai eu 53 ans, mais je sais plus l'âge que j'ai maintenant..., on m'a changée..., c'est une jeune fille qui a pris mon nom, mais elle me l'a pas redonné... Mes parents sont morts, mais ils sont ressuscités. Je suis déjà venue voir mon frère qui était de l'autre côté, ici à Bonneval, il s'appelait Norbert L. ...J'ai mal dans le dos..., c'est des boules qu'on me met dans le dos..., ça part en l'air..., ça s'épuise..., c'est comme du liquide aussi... Je le sens pas... Je suis toute changée depuis que mon frère m'a retiré mon voile de Première Communion... »

Son délire, très riche et même luxuriant, exprimait une modification essentiellement maniaque et onirique de la conscience. L'exubérance, un certain degré de fuite des idées, les fabulations dramatiques, constituaient la forme de son « expérience délirante ». Son comportement était difficile ; il était pratiquement impossible de l'occuper régulièrement dans les ateliers ; elle refusait de s'alimenter seule ; était énurétique. On notait une désorientation temporo-spatiale partielle, des troubles mnésiques modérés portant

à la fois sur les faits anciens et les faits récents, un certain degré d'inertie psycho-motrice et de confusion.

Un érysipèle de la face récidivant gêna pendant quelques semaines toute entreprise thérapeutique. En avril, on décida de commencer une série de chocs et, dès les premiers accès convulsifs, l'état délirant se transforma radicalement. Le comportement redevint normal. Elle se montra active, travailleuse, soigneuse, cherchant à se rendre utile. Elle a présenté après le 5^e choc une courte période d'amnésie profonde et elle oublia définitivement son délire. Seuls persistèrent pendant quelques semaines quelques idées fixes et un reliquat hallucinatoire post-oniriques :

« Je me rappelle point vous avoir dit tout ça. C'est drôle, je n'ai jamais eu une tête d'éléphant, ni d'électro-choc. Je ne vous ai jamais dit ça, non, j'ai pas eu d'électro-choc. Des fois, j'ai l'impression que ça me parle dans les oreilles ; c'est mes parents qui sont morts... Je les entends moins maintenant..., la nuit comme le jour. Des fois c'est comme un rêve. On me fait des propositions malhonnêtes et je me défends, je leur dis que si c'est pas pour se marier, c'est pas la peine... »

Une guérison complète a finalement été obtenue après neuf chocs et notre malade est sortie en décembre 1951.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES — Grand-père paternel mort d'une tumeur abdominale. Dermofibromatose. Père mort à 82 ans, hémiplégique. Il était éthylique, très robuste, et présentait lui aussi une maladie de Recklinghausen. Sa mère est morte d'une congestion pulmonaire. Elle a eu une sœur internée pour démence paranoïde et décédée à Bonneval. Un de ses ascendants aurait également été interné. D'un premier mariage, elle a eu une fille normale, et dont les enfants sont également normaux. Au cours de son second mariage, elle a eu sept enfants :

Eugène, libraire, décédé d'un cancer du foie. Recklinghausen. — Deux filles mort-nées. — Paul, imbécile, décédé de paralysie à 22 ans, dans un hospice. Recklinghausen. — Adrien, ouvrier agricole, débile, de santé fragile, atteint lui aussi d'une maladie de Recklinghausen et qui a sept enfants, dont un présente des tumeurs cutanées. — Norbert, débile, interné pour psychose hallucinatoire chronique, et qui s'est suicidé à l'hôpital psychiatrique de Bonneval. Il n'avait pas de lésions cutanées.

Ainsi, sur cinq enfants, quatre avaient une maladie de Recklinghausen qui, chez trois d'entre eux, était associée à une oligophrénie. Le cinquième, Norbert, a présenté seulement des troubles psychiques. Enfin, chez Pauline, notre malade, les troubles psychiques sont associés à la dysplasie cutanée. Dans cette famille, nous retrouvons la neurofibromatose à travers quatre générations sans que l'hérédité soit liée au sexe.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — En 1917, intervention sur l'œil droit, à la suite d'une piqûre septique ; on aurait enlevé une tumeur (?). En 1935, ablation d'une tumeur thoracique pédiculée sous le sein droit. En 1937, néphropexie droite. Fracture d'un avant-bras.

Les premiers pas ont été tardifs, à 7 ans. Propreté, premiers mots à un âge normal. Elle fréquente l'école assez régulièrement ; sait lire et écrire. Puis, elle participe aux travaux des champs avec ses parents. A la mort de son père, elle est placée dans une ferme. Elle travaillera dans plusieurs fermes et y mènera une vie paisible. En 1939, elle revient au domicile familial pour soigner son père. A la mort de celui-ci, c'est une voisine qui s'oc-

cupe d'elle avec bienveillance, mais elle meurt en 1950 et c'est alors que, brusquement, apparaissent les premiers troubles mentaux : propos incohérents, refus d'aliments par crainte d'empoisonnement, inertie, etc...

L'examen physique pratiqué à son entrée a montré une dermofibromatose caractérisée par :

1° des tumeurs mollusciformes de formes variables, allant du volume d'un grain de groseille à une fraise, de consistance molle, de couleur brune pour la majorité, violacée pour quelques-unes, réparties sur tout le corps de façon anarchique, prédominant au niveau de la ceinture et tendant à s'effacer vers les extrémités. Il n'y a pas de tumeur royale, mais certains molluscum sont groupés au niveau des mamelons. Un autre, de taille importante, siège au talon droit. Notons aussi quelques tumeurs sur les grandes lèvres et au niveau des gencives ;

2° des nodules hypodermiques sur le tronc, le cou et les mains ;

3° des taches néviques symétriques sur un même métamère au niveau de l'abdomen et distribuées irrégulièrement sur le dos et le sacrum et une cuisse ;

4° une mélanodermie diffuse, surtout nette au niveau de la taille. Nous n'avons pas trouvé de lésions cutanées suivant le trajet d'un nerf périphérique.

Il s'agit d'une malade de petite taille (1 m. 33, membres inférieurs 65 cm. et membres supérieurs 57 cm.) ; elle est achondroplase, sans déformation osseuse importante, sinon une légère cypho-scoliose dorsale. Il n'y a pas de grands symptômes endocriniens associés ; la pilosité pubienne et axillaire est normale. Les seins sont, également, normalement développés. Elle a été réglée à partir de 15 ans et ménopausée à 47 ans. Elle n'aurait jamais eu de rapports sexuels. A signaler une ostéoporose discrète et l'obésité. De telle sorte que ce tableau clinique correspond assez bien au syndrome décrit par Leschke dans la neurofibromatose. Une radiographie du crâne ne montre pas d'anomalie de la selle turcique. Urée sanguine, 0,50 ; sérologie spécifique négative dans le sang ; liquide céphalo-rachidien normal ; tension artérielle, 12,8. Examen oculaire : œil gauche, début d'atrophie optique, bord papillaire temporal très blanc. Vision, 2/3. Emmétropie. Œil droit : intervention ancienne ; cataracte, ptosis.

L'examen neurologique pratiqué à son entrée reste négatif. En particulier, il n'existe pas de trouble important de la sensibilité objective. Les sensibilités tactile, thermique, douloureuse, osseuse, sont intactes. Mise à part une légère hypoesthésie au niveau des tumeurs cutanées, les sens des attitudes de localisation, de discrimination tactile sont correctes ; les notions de dimension, de forme des objets, sont bien conservées. On ne trouve donc pas les éléments neurologiques d'un syndrome pariétal, auquel les troubles du schéma corporel allégués par la malade auraient pu faire penser. Pas de troubles phasique, gnosique ou praxique. L'orientation droite-gauche est normale et la lecture, l'écriture, le calcul mental sont relativement satisfaisants pour une débile. Cette malade est gauchère depuis sa naissance.

Les tests pratiqués après sa guérison donnent les indications suivantes :

Terman : 9 ans d'âge mental. Les épreuves mnésiques, le vocabulaire sont d'un niveau plus élevé ; par contre, la critique des phrases absurdes, les épreuves de compréhension du 4° degré ne sont pas exécutées.

Rorschach : Les réponses, très pauvres, sont celles d'une débile ; les

mauvaises formes prédominent. Pas de couleurs ni de formes-couleurs, deux bonnes kinesthésies. Par intermittences, on note une certaine productivité imaginative et une tendance à l'introversion.

T.A.T. : La majorité des planches sont vues de façon incohérente. Il n'y a pas de lien entre les personnages. Les mauvaises perceptions sont courantes (confusion des sexes, des âges, peut-être en rapport avec la faible acuité visuelle). Souvent, les associations sont d'ordre onirique ; la tendance à la fabulation est nette ; elle se place toujours dans des situations stéréotypées, où les personnages sont malades ou attaqués mais finalement secourus par une intervention providentielle. Les sentiments sont exprimés de façon puérile, enfantine : crainte des punitions, récompenses pour les bonnes actions. Elle semble stimulée par les scènes de violence.

En résumé, il s'agit d'une psychose délirante aiguë, à forme d'expériences fantastiques de dépersonnalisation, qui a duré quelques mois et qui a été guérie par quelques électrochocs. Ces troubles mentaux paraissent indépendants de toute altération de la base sensitivo-sensorielle de la vie psychique, et notamment des troubles primitifs du schéma corporel. Celui-ci n'est atteint, comme dans toutes les expériences délirantes de cet ordre, que dans la mesure où sont perturbés tous les rapports du moi (physique ou psychique) et du monde dans une expérience délirante primordiale. Celle-ci a puisé dans sa structure onirique le vécu fantasmagorique des métamorphoses qui ont constitué la narration délirante.

Si les troubles psychiques dans la maladie de Recklinghausen sont bien connus et si leur association a été signalée par les psychiatres dans 70 à 75 % des cas, par contre, l'association avec un syndrome délirant aussi riche que celui de notre malade nous paraît relativement rare. Les formes paranoïdes ou hallucinatoires ont été plutôt décrites dans la sclérose tubéreuse (Critchley, Creutzfeldt, Earl). Ce sont surtout les troubles caractériels et la débilité qui ont retenu l'attention de la majorité des auteurs, bien que dans ce dernier cas les pourcentages d'association soient assez variables (8 % pour Davenport, sur 243 cas, 40 % pour Mosbacher, 33 % pour Heuyer et Vidart) (1). Pour Borberg, le quotient intellectuel est compris entre 80 et 45. Le pourcentage d'imbéciles est faible (6 cas sur 84). Notre famille n'échappe pas à la règle : sur 5 enfants, 4 sont des débiles, l'un d'entre eux était même probablement un imbécile.

Au point de vue génétique, Borberg (2), dans une étude récente très approfondie, constate que presque tous les auteurs (Penrose, Van Bogaert, Cockayne, etc...) s'accordent pour invoquer la transmission héréditaire selon le mode dominant. En outre, Borberg a démontré la

(1) HEUYER et VIDART. — Le syndrome mental de la maladie de Recklinghausen. *Annales médico-psychologiques*, 1940, I, 3, p. 218-233.

(2) BORBERG (A.). — Clinical and genetic investigations into Tuberous Sclerosis and Recklinghausen's Neurofibromatosis, Copenhagen, 1951, un vol., 239 p. (collection des *Acta psychiatr. et neurol.*, n° 71). Cet ouvrage contient une importante bibliographie sur ces deux affections.

transmission à travers quatre générations dans plusieurs de ses observations et, selon lui, la récessivité et la transmission liées au sexe sont à éliminer.

Dans la famille de la malade, dont nous venons de rapporter succinctement la généalogie, il y a une « double hérédité » : une hérédité psychopathologique maternelle et, du côté du père, une maladie familiale du système nerveux, du type dysplasie, à tendance blastomateuse (Bielchowsky, Van Bogaert). Notre malade est donc le produit de cette double hérédité pathologique. Faut-il considérer que sa formule « génotypique » comporte deux gènes indépendants, de telle sorte que l'accès psychotique délirant serait sans rapport autre que génétiquement fortuit avec la neurofibromatose ? Faut-il considérer son système nerveux comme plus totalement atteint, ou, si l'on veut, « prédisposé et dégénéré » ? Le problème est ici particulièrement délicat et, dans l'état actuel de nos connaissances, reste entièrement en suspens. Il ne pourrait être orienté vers sa solution que si l'on envisage d'une part la neurofibromatose, non pas comme une entité génotypique, mais comme une manifestation phénotypique d'un groupe de dysplasies neuro-ectodermiques, et, d'autre part, les troubles mentaux, d'ailleurs assez divers, de la lignée maternelle, comme des manifestations phénotypiques d'un processus qui nous est inconnu. Autrement dit, dans ce problème comme dans tous les autres du même genre, ainsi que l'un de nous y a insisté (notamment dans les discussions qui ont eu lieu sur les problèmes de l'hérédité dans les maladies mentales, aux Journées de Bonneval, en 1950), il n'y a pas de solution possible tant que l'on considère ces psychoses comme des entités, et non point comme des manifestations d'une somatose, — dont l'hypothèse ici paraît vérifiée par le caractère familial de la maladie —, somatose qui amoindrit « l'équilibre nerveux fonctionnel » et abaisse le seuil des réactions psychiques anormales.

Problèmes soulevés par le traitement de l'alcoolisme en créant un réflexe conditionnel après inhibition, sans chimiothérapie, par M. M. BACHET.

Cette communication fait directement suite à celle dans laquelle nous avons envisagé les problèmes posés par les traitements par inhibition. Nous faisons allusion aux inhibitions les plus purement réflexes ; c'est-à-dire ayant pour point de départ l'émotivité, sans aucune intervention médicamenteuse. Nous rappellerons très rapidement les points sur lesquels nous avons insisté ; il s'agissait d'un terrain sur lequel la progression ne nous paraissait permise qu'avec une critique permanente des plus minutieuses, que l'indication majeure actuelle nous paraissait constituée par les syndromes parasites

des amputés. Ceci parce que ces troubles prennent une telle place dans la vie du malade qu'ils constituent par leur intensité même le meilleur des conditionnements. D'autre part, parce que du point de vue théorique nous pensons que les éléments primordiaux de ces troubles relèvent d'une activité corticale parasite ; par conséquent, pour des raisons sur lesquelles nous ne pouvons revenir aujourd'hui que d'une façon trop schématique, il était logique de recourir aux inhibitions corticales. Nous avons longuement insisté sur le fait que l'inhibition ne devait jamais être employée seule, qu'elle devait toujours être associée aux psychothérapies de confiance, à la chitamnîe, à la collaboration avec la famille du malade, aux leçons explicatives sur le mécanisme du traitement. Tout ceci, afin que l'inhibition produite par un réflexe émotif soit complétée par une psychothérapie qui s'adresse à la personnalité. Les quelques cas d'alcooliques que nous avons traités illustrent ces données. Nous avons tout d'abord constaté que certains de nos amputés, buveurs moyens ou modérés, avaient cessé de boire après la guérison de leurs douleurs (1).

En 1951, nous avons vu dix malades alcooliques. Nous en avons perdu quatre pour des raisons communes à toute consultation anti-alcoolique ; malade qui vient une seule fois et qui ne revient plus ; un malade a été traité avec succès, mais nous ne le suivons plus directement, il nous fait donner de ses nouvelles par d'autres malades qu'il envoie à notre consultation ; ses nouvelles seraient excellentes, nous ne retiendrons là que la difficulté de suivre ces malades, même quand ils sont peut-être améliorés ou guéris.

Restent donc cinq malades. Un cas est un échec. Il s'agit d'un dipsomane, qui reste de longs mois sans s'intoxiquer, puis brusquement, pendant quelques semaines, au cours de vagabondage, absorbe des quantités-records. Sa suggestibilité, le trouble de sa volonté, une confiance considérable qu'il nous manifesta, paraissait le faire désigner comme un succès de cette thérapeutique. Tout au contraire, il fut totalement insensible à tout essai d'inhibition. Il a cessé de boire, mais comme il le faisait antérieurement, sans traitement. Un autre cas d'échec, malgré deux succès d'assez longue durée, séparés par une récurrence ; nous sommes sans nouvelle de ce malade, la réintoxication est probable.

Restent donc trois cas d'une guérison certaine de huit mois de durée. Affirmée par l'étude clinique du malade, et surtout par la collaboration constante avec l'épouse d'une part, avec le médecin du réseau d'autre part. Cette proportion de trois guérisons relativement prolongées, sur six malades réellement traités, est honnête, si on la compare aux statistiques des traitements par d'autres procédés.

L'intérêt n'est naturellement pas dans le nombre réduit de ces cas,

(1) Ceci n'est pas vrai dans tous les cas. Un amputé guéri depuis plusieurs années est demeuré un très grand buveur.

mais dans l'étude du mode de traitement. Pour provoquer une inhibition chez ces malades, nous avons utilisé une ambiance créée par le traitement collectif de quatre ou cinq amputés. A ce propos, nous insistons encore, en rappelant notre publication précédente, qu'il s'agissait d'hypno-détente ou d'hypno-relaxation, et non pas d'hypno-analyse. Le malade alcoolique participe donc à l'inhibition légère comme les amputés. Dans quatre cas sur cinq, à partir de cette inhibition modérée, nous avons pu obtenir un réflexe de nausée puis de vomissement, d'abord par l'absorption de boissons alcoolisées, puis seulement par l'odeur de ces boissons. Ce réflexe a été assez durable, persistant après l'hospitalisation du malade, existant en dehors de l'ambiance, dans un débit de boisson, par exemple. Un tel succès physiologique, si l'on veut bien réfléchir à ses conditions d'apparition, n'apparaît pas d'ailleurs tellement étonnant. Il faut se représenter tout d'abord l'état émotif d'un grand buveur, venant « enfin » se faire traiter. Il s'agit de l'aboutissant de conflits, de problèmes, du succès d'une coalition, qui comprend l'épouse du malade, le médecin du réseau, coalition à laquelle s'ajoutent parfois d'autres membres de la famille, les chefs hiérarchiques, etc... Le malade vient après des échecs réitérés, de sa propre volonté. Il a le souvenir des ennuis que lui ont valu ses ivresses. Avant tout traitement direct, l'hospitalisation, liée à de tels conflits intérieurs, réalise déjà un état émotif pénible. Le traitement, dans l'ambiance inhibitrice que nous avons définie, se borne, par une suggestion très courte, à faire passer le dégoût qui trouble le psychisme dans la sphère neuro-végétative, c'est-à-dire à obtenir des nausées, des spasmes, des vomissements conditionnés.

Ainsi donc, nos quatre buveurs sortaient pourvus d'un réflexe de vomissement très voisin des phénomènes du mal de mer, mais se produisant à la simple odeur du vin ou de l'alcool. Nous avons étudié les résultats chez ces malades sortis de l'hôpital. Il y eut, l'ambiance manquant, affaiblissement et diminution du réflexe dans trois cas sur quatre, au bout de quelques jours, et même une disparition complète. Il en restait cependant quelque chose ; dans un cas, un réflexe conservé entraîna, lors d'une fête familiale avec libation, des troubles digestifs et des vomissements très importants. Dans tous les cas, les confidences des épouses étaient concordantes sur un point : celui que le malade paraissait beaucoup plus sensible à l'alcool qu'avant le traitement. « Il suffit d'un verre de vin pour l'énerver, il ne peut plus boire comme avant, dès qu'il a bu, il est encore plus nerveux qu'avant. » Ceci, même pour les cas où le réflexe paraissait très affaibli ou éteint. Je dois ajouter que, dans tous ces cas, nous avons obtenu une excellente collaboration avec l'épouse ; les difficultés caractérielles, affectives et même sexuelles semblaient avoir été résolues. Cependant, le résultat présentait cette incomplétude.

Nous avons envisagé l'hypothèse d'une ébauche de névrose réactionnelle. Sans doute, ces dépressions étaient-elles légères, peu mar-

quées, et pouvaient-elles passer pour un inconvénient bénin, par rapport à ceux que peut apporter la chimiothérapie. Même cette conséquence aurait-elle pu passer inaperçue parmi les incidents d'une longue carrière de buveur, si nous n'avions apporté une grande attention à épier le moindre symptôme réactionnel, du fait des travaux expérimentaux sur l'animal. Nous pensons que les petites dépressions constatées pouvaient être dues à la création par le traitement d'un conflit intérieur. Un désarroi dans les impulsions tel, que, pour reprendre une expression de M. Baruk, à propos de cas analogues, « les impulsions, les tendances plus ou moins conscientes, ne savent plus à quel saint se vouer ».

Nous avons donc dû reprendre complètement le traitement de ces malades, en modifiant la technique. Sans doute, mais à intervalles éloignés, avons-nous entretenu le réflexe, mais ceci n'a alors constitué qu'une toute petite partie du traitement. D'autre part, la possibilité d'inhibition légère persistait, mais nous en avons profité d'une façon toute différente. Chaque séance était précédée de conversations longuement explicatives, sur la technique visant à combattre toute anxiété. Le but de l'inhibition était dirigé dans le sens du repos, de la détente, de la relaxation musculaire et psychique. Nous avons exposé ces techniques à la Société de neurologie et ici-même, nous n'y reviendrons donc pas. Les malades, après une très courte hospitalisation nouvelle, furent suivis une fois par semaine, puis une fois tous les quinze jours, puis à des intervalles plus longs.

Nous avons obtenu trois guérisons certaines, peut-être une quatrième. Ces résultats sont modestes, nos malades récidiveront peut-être. Il ne saurait être question ici d'envisager à aucun point de vue une comparaison avec le travail de consultation d'alcoolique très peuplée. Nous pensons pouvoir cependant en tirer quelques déductions : il est possible, sans aucune chimiothérapie, de créer chez certains malades un authentique réflexe conditionnel, utile en thérapeutique. Le problème des inconvénients de cette technique, bien que ces inconvénients paraissent beaucoup moins alarmants que ceux de la chimiothérapie, doit être posé. Les résultats obtenus ne paraissent pas l'avoir été par la seule création du réflexe conditionnel ; ils l'ont été par la réunion de psychothérapies s'adressant aux divers étages du psychisme, en particulier au traitement de l'anxiété. Mais, d'autre part, il ne nous paraît pas que ces résultats auraient pu être obtenus, sans la mise en œuvre de l'inhibition et la création du réflexe. Il s'agit là d'une thérapeutique dont la longueur et la minutie ne permettent de traiter qu'un nombre très réduit de malades.

DISCUSSION

M. A. SOULAIRAC. — Les données présentées par M. Bachet peuvent soulever un certain nombre de discussions.

1° S'agit-il bien de la création d'un véritable conditionnement au sens de Pavlov ou au contraire ne s'agit-il pas, plus simplement, d'une sorte d'apprentissage discriminatif ?

2° Les sujets auxquels s'adresse M. Bachet semblent rentrer dans la catégorie des organismes chez lesquels Pavlov lui-même a reconnu la difficulté de créer de bons conditionnements. Il semble, en effet, d'après la discussion clinique de M. Bachet, que les malades en question peuvent se ranger dans la catégorie des sujets de type faible ; on sait, d'après les recherches de Pavlov que, chez de tels sujets, il existe une diminution importante des capacités d'excitation, un mauvais équilibre entre les processus d'inhibition et d'excitation, l'inhibition l'emportant toujours sur l'excitation. Chez de tels sujets, la plasticité corticale est déficiente et le déroulement des processus corticaux est lent et imparfait. Or, les recherches expérimentales de Pavlov ont montré que toutes les expériences complexes, chez de tels individus, entraînent très rapidement et très facilement des accidents névrotiques. La question se pose de savoir s'il est particulièrement indiqué d'instaurer des thérapies de conditionnement ou d'apprentissage discriminatif chez des sujets naturellement disposés aux névroses expérimentales.

M. J. DURLINEAU. — Sans vouloir me prononcer sur le fond des faits rapportés par M. Bachet, je voudrais signaler que l'inhibition pavlovienne constitue un fait noble dans l'activité psychique, et cette découverte constitue sans doute le principal titre de gloire de Pavlov.

Que, par ailleurs, des interactions excito-inhibitrices existent chez les inadaptés, c'est un fait d'évidence. Toute la caractéropathologie est faite de ces interactions qu'on retrouve avec une réelle facilité au cours des techniques d'enregistrement conditionnel. J'en ai publié moi-même des exemples lors de mon rapport au Congrès international de psychiatrie infantile en 1937. Tout récemment (21 janvier 1952), nous avons rapporté avec M. Angelergues des faits de cet ordre au « Groupement français de neuro-psycho-pathologie infantile », à l'occasion d'études de réflexologie expérimentale dans la dyslexie. Mais le reconditionnement constitue l'une des bases de la rééducation. C'est une question de technique. La connaissance des formes de réponses atypiques aux expériences conditionnelles doit être la base de recherches de cet ordre, car elles doivent conduire à des attitudes réflexothérapeutiques différentes selon le type réflexologique en cause. La névrose expérimentale s'inscrit dans toute une série de conduites réflexologiques, et doit être interprétée, sinon utilisée, comme toute thérapeutique, c'est-à-dire en fonction d'une « posologie », dans certaines marges utiles, en deçà desquelles elle serait inefficace, au delà desquelles elle serait au contraire nuisible.

Considérations tirées de dix ans de pratique des traitements de l'appétence alcoolique, par M. M. CARON.

Ces dernières années, les publications concernant le traitement de l'appétence alcoolique se sont multipliées. Il s'agit essentiellement de méthodes se proposant de réaliser un conditionnement de dégoût des boissons alcooliques, soit par l'administration combinée de vomitifs et de boissons, soit par une action un peu différente, du type de celle que réalise l'antabuse.

L'emploi des vomitifs, et particulièrement de l'apomorphine, remonte à plusieurs dizaines d'années. Mon prédécesseur à Fleury, le docteur Beaussart, et bien d'autres encore en France, avaient recours au traitement à l'apomorphine bien avant la guerre de 1939.

Mais, à l'époque, les publications scientifiques restaient muettes à ce sujet. A vrai dire, l'impossibilité d'apporter des statistiques précises concernant les résultats a pu constituer un obstacle grave aux publications qui auraient pu être envisagées. Les médecins des hôpitaux psychiatriques, en effet, ne disposaient généralement pas de service social avant la guerre, et ceux dont nous disposons maintenant sont encore insuffisants. Aussi bien n'apporterai-je pas de statistiques aujourd'hui. Cependant je crois utile de faire part de l'expérience de plus de 150 traitements d'alcooliques, spécialement par les méthodes utilisant les vomissements de vin.

Méthode par vomissements. — On peut, pour faire vomir, recourir à l'apomorphine, médication agissant sur les centres végétatifs, et utilisable par injections sous-cutanées. On peut également, en théorie du moins, recourir à des vomitifs agissant plus ou moins par effet local par ingestion. On utilisera alors, par exemple, l'ipéca, ou son alcaloïde, l'émétine. Envisageons d'abord l'apomorphine :

Une dose d'apomorphine de 1 cgr., en injection sous-cutanée, produit, dans les minutes suivantes, des effets végétatifs plus ou moins intenses, avec modifications vaso-motrices (généralement, pâleur, quelquefois, sueurs), des bâillements, des crachements, quelquefois un certain degré de torpeur, et enfin, dans un temps qui va généralement de trois à quinze minutes après l'injection, des efforts de vomissement. Si l'on fait absorber du vin quelques minutes après une injection d'apomorphine, on pourra obtenir un vomissement, qui suivra plus ou moins rapidement cette absorption de vin. Nous nous sommes toujours attachés à faire en sorte que le vomissement réponde aussi immédiatement que possible à l'absorption de chaque verre de vin. Lors d'une première épreuve à l'apomorphine, nous notons soigneusement le temps d'action nécessaire pour obtenir le vomissement, et, en nous aidant de l'observation des réactions nauséuses, nous nous efforçons, les fois suivantes, de faire boire nos verres de vin au moment où le vomissement est prêt à intervenir, de telle sorte que nous réalisions des « allers et retours » du vin. Après avoir fait notre injection d'apomorphine, nous attendons ainsi généralement trois à quatre minutes, quelquefois plus, selon les résultats des épreuves antérieures pour le même malade, et nous commençons à administrer une série de verres de vin, à des intervalles de une ou plusieurs minutes entre chaque verre de vin. Nous administrons ainsi quatre à six verres de vin, dans un laps de temps total ne dépassant pas, en principe, dix à vingt minutes, durée de l'effet de l'apomorphine. Pour la plupart de nos malades, nous avons répété ces séances de vomissements, à raison de deux par semaine, jusqu'à un total de vingt à trente séances. Un tel traitement demande évidemment plusieurs mois, ce qu'il est possible d'envisager pour des malades internés, mais non pour des malades en cure libre, venus spontanément se

faire traiter, d'où l'intérêt, pour ces derniers, de méthodes plus expéditives, comme la méthode de Feldmann.

Contre-indications. — Quelle que soit la méthode utilisée, l'apomorphine ne peut être employée que chez des sujets exempts de troubles cardiaques et circulatoires (donc de troubles hépatiques graves, avec retentissement circulatoire), de lésions gastriques graves, et bien entendu chez des sujets dont l'état général n'est pas profondément déficient.

Incidents et accidents. — Même en écartant les contre-indications ci-dessus, il arrive de constater des incidents ou des accidents plus ou moins sévères. Ce sont, par exemple, des troubles du rythme cardiaque, des états sublipothymiques, etc... Enfin, nous avons assisté trois fois à une syncope survenant dès les premières minutes après l'injection. Cette syncope était extrêmement brusque, déterminant une chute brutale. Elle a chaque fois cédé à une injection de 10 cgr. de caféine. La première fois, nous avons renoncé à poursuivre le traitement. La seconde fois, nous l'avons poursuivi par une reprise du médicament, à dose plus faible, et ensuite tout s'est passé normalement. Enfin, dans le troisième cas, nous avons continué nos séances et nous n'avons encore cette fois plus rien constaté d'inquiétant chez notre malade.

Doses. — En principe l'obtention d'un véritable conditionnement de vomissement au vin supposerait la possibilité de diminuer progressivement, à partir d'un certain moment, les doses du vomitif, avec les mêmes effets. Peut-être un tel résultat serait-il obtenu après un très grand nombre de séances. En fait, c'est au contraire un mécanisme d'accoutumance qui joue et, pour continuer à obtenir un effet aussi rapide et aussi net, on est amené généralement à augmenter progressivement les doses. Ayant commencé, en principe, par une injection de 1 cgr., chez un sujet de vigueur normale, nous nous en tenons à cette dose aussi longtemps que possible, ou même à une dose un peu plus faible, si possible. Si cela devient nécessaire, nous augmentons progressivement les doses, allant assez couramment jusqu'à 1,5 cgr., plus rarement à des doses supérieures, 2 cgr., exceptionnellement. Plutôt que d'augmenter exagérément les doses, nous préférons avoir recours à l'appoint d'un autre type de vomitif. C'est ici que nous faisons intervenir l'émétine.

L'émétine administrée en injection n'est pas vomitive, mais elle l'est par action sur les muqueuses digestives, quand on la fait prendre par la bouche. On pourrait utiliser l'ipéca, mais il est préférable d'employer le chlorhydrate d'émétine, médicament à peu près dénué de couleur, d'odeur, dont le goût est très peu prononcé, et avec lequel on peut compter sur une action mieux réglée. Un soluté de chlorhydrate d'émétine, titré à 1 cgr. pour 15 cc., s'administre commodément

par cuillerées à soupe. Chez les sujets qui vomissent difficilement, on peut faire prendre, de quart d'heure en quart d'heure, deux à trois fois, 1 cgr. d'émétine, avant de faire l'injection d'apomorphine. On fait également prendre une cuillerée à soupe de soluté avec chacun des deux premiers verres de vin, par exemple, et on renouvelle cette addition après les vomissements abondants, qui ont été susceptibles de rejeter le médicament déjà absorbé. Nous avons ainsi fait prendre jusqu'à 6 et même 8 cgr. d'émétine. Nous n'avons pas constaté d'accident dû à l'émétine.

Emétine seule. — Chez certains malades, paraissant devoir mal supporter l'apomorphine, nous avons essayé d'obtenir les vomissements par l'emploi de l'émétine seule (trois à quatre administrations de 1 cgr., de quart d'heure en quart d'heure, suivies d'absorption de vin additionné de 1 cgr. d'émétine par verre). Les résultats sont inconstants. Nous avons pu cependant poursuivre notamment un traitement assez substantiel (une douzaine de séances), uniquement avec l'émétine.

Boissons administrées. — La majorité de nos alcooliques étant surtout des buveurs de vin rouge, c'est l'administration de verres de vin rouge que nous associons principalement à celle du vomitif. Chez les buveurs éclectiques, nous nous efforçons de multiplier les boissons offertes aux vomissements.

Résultats immédiats. — Ils sont très variables : certains malades manifestent, dès les premières séances, un dégoût très apparent pour la boisson, qui nous oblige à insister beaucoup pour leur faire prendre leurs quatre à cinq verres de vin. D'autres ne commencent à manifester du dégoût qu'au bout d'une dizaine ou d'une quinzaine de séances. Beaucoup disent être incommodés à table par l'odeur du verre de vin de leur voisin. Il en est par contre qui restent absolument insensibles au traitement, tel celui qui réingurgitait sa cuvette de vomissements..., et celle de son voisin.

Cure accélérée. — Nous appelons cure accélérée la méthode des vomissements subintrants mise au point par Feldmann, et qui consiste à administrer jour et nuit de petites doses d'apomorphine, pendant plusieurs jours, en même temps qu'on fait boire à volonté. En général, il nous a toujours fallu poursuivre le traitement pendant quatre à cinq jours, avant d'arriver à un dégoût vraiment rédhibitoire ; il nous est même arrivé de suspendre le traitement au bout de six jours, alors que le malade continuait à accepter de boire. En faisant boire au malade tout ce qu'il désire, on arrive quelquefois, dans les premiers jours, à des totaux impressionnants : jusqu'à quatre-vingts verres de vin et plus dans les vingt-quatre heures, si l'on suit strictement cette ligne de conduite. Les vomissements obtenus sont loin d'éliminer le liquide ingéré, d'où de fréquentes réintoxications,

avec subictères, état ébrioux prononcé, ou même semi-comateux, vul-tuolité et trémulation importantes. On sera ainsi amené, à la fin de la cure, à reprendre le traitement de désintoxication (vitamines B, PP, etc...).

Trétraéthylthiourame. — Nous avons d'abord employé l'antabuse quand il n'existait pas d'équivalent français, puis l'espéral. Les auteurs britanniques qui ont signalé un accident mortel n'ont pas donné d'indications précises sur la conduite à tenir pour en éviter l'éventualité. Nous avons assisté à l'apparition, chez un sujet congestif, de réactions dramatiques, avec dyspnée, état sub-lipothymique angoissant. Malgré la toxicité de l'apomorphine et les réactions dangereuses qu'on pouvait en redouter, nous avons fait, concurremment avec une injection de caféine, une injection d'apomorphine d'un peu moins de 1 cgr., qui a amené le vomissement de la quantité de vin encore contenue dans l'estomac, et probablement contribué à l'amélioration qui a suivi de peu cette intervention. D'autre part, nous avons constaté, comme un certain nombre d'auteurs, des poussées confusionnelles après le traitement.

CONCLUSIONS. — Le traitement par antabuse présente l'avantage de pouvoir être suivi à domicile une fois qu'une première épreuve a été faite sous surveillance médicale. Cependant, à moins d'une très longue poursuite de l'association antabuse-alcool, il ne détermine pas un mécanisme à type de conditionnement, son action représentant plutôt une sorte de garde-fou à la disposition du malade. Encore faut-il que celui-ci en use avec persévérance, et on ne peut le considérer comme guéri tant que son abstinence est liée à l'absorption du produit.

En ce qui concerne les méthodes par vomissements, nous avons longtemps considéré que l'établissement d'un véritable conditionnement ne pouvait être qu'une œuvre de longue haleine, et que la méthode de séances espacées et répétées pendant plusieurs mois était davantage susceptible d'amener un tel effet que les méthodes accélérées. Celles-ci, en revanche, sont tout particulièrement intéressantes quand il s'agit de malades venus se faire traiter en cure libre et demandant à ne pas prolonger leur séjour au delà de deux à trois semaines.

Les résultats éloignés ont été très différents suivant les sujets : certains de nos malades se remettent à boire dans les semaines qui suivent leur sortie ; chez d'autres, la sobriété persiste pendant des mois ; nous avons des nouvelles de malades traités il y a plusieurs années, et qui sont restés sobres. La proportion de ceux-ci est en vérité assez faible. Quelquefois, un malade traité avec un type de boisson se met volontairement à essayer un autre type. C'est qu'on a affaire à un état de besoin, dont les bases peuvent être psychiques ou organiques ;

dans ce dernier cas, outre la reprise en mains psychothérapique, des traitements par alcool-IV peuvent être utiles. (Nous écartons volontairement ici la question des facteurs psychiques extrinsèques de récédive, qui nous conduirait à un trop long développement).

Finalement, une assez longue expérience nous a amenés à des conclusions qui sont en accord avec celles de Feldmann, à savoir qu'un bon résultat peut être obtenu, même avec un traitement assez court, chez les sujets indemnes d'altérations psychotiques ou névrotiques profondes, qui entreprennent le traitement, soit spontanément, soit après internement, mais avec le désir d'obtenir un bon résultat. Par contre, les sujets atteints, à un degré plus ou moins marqué, d'indifférence et d'obnubilation éthique, fournissent peu de résultats satisfaisants.

Thérapeutiques de l'alcoolisme et notion d'abstinence, par MM. P. FOUQUET et R. ROPERT.

Depuis quelques années, le nombre des travaux concernant les traitements de l'alcoolisme et leurs résultats s'est considérablement accru. On ne peut manquer d'être frappé des caractères confus, superficiels, voire même contradictoires, des conclusions auxquelles arrivent les auteurs les plus qualifiés. Sans doute, la complexité du sujet lui-même en est-elle la cause, mais nous ne désirons retenir ici que l'imprécision habituelle des buts poursuivis en cette matière. Le sens commun nous pousse d'abord à penser que l'abstinence est le signe le plus manifeste de la guérison d'un malade alcoolique, mais les difficultés surgissent, nombreuses, dès que l'on tente de préciser la valeur théorique et pratique de ce critère ; de plus, on est en droit de se demander s'il doit constituer l'unique aspect valable dans ce domaine. Nous voudrions faire ici un examen critique de cette conception.



Trois ordres de remarques nous aideront à situer notre propos.

1) Les malades qui, actuellement, sollicitent spontanément des soins en raison de leur alcoolisme appartiennent à des catégories cliniques très diverses, et encore mal connues. Jusqu'à ces dernières années, le plus grand nombre avait trait à des malades dont les troubles du comportement avaient été suffisamment intenses pour nécessiter leur internement ; cette mesure apparaissait comme un moment le plus souvent indispensable de la conduite thérapeutique. Les praticiens de médecine générale n'avaient à connaître que les complications somatiques tardives. L'apparition de nouveaux procédés cura-

tifs, dont la grande presse a largement diffusé l'existence, a fait surgir une foule de malades alcooliques, déclarant vouloir se soigner, et ceci bien avant l'apparition de complications médicales ou sociales trop graves ; devant cette nouvelle pathologie liminaire, prépsychiatrique peut-on dire, l'insuffisance de nos connaissances psychopathologiques, physiopathologiques, biologiques, est manifeste. Le terme d'alcoolisme est inadéquat, confondant sous ce même symptôme des pathogénies très diverses et des aspects cliniques profondément hétérogènes.

2) Devant cette demande de soins d'un nouveau type, l'attitude médicale paraît être souvent restée sur un plan affectif encore peu scientifique. Certains restent au fond fidèles au scepticisme populaire traditionnel, qui s'exprime par le fameux « qui a bu, boira » ; adhérent à l'universel tabou de la valeur magique de l'alcool, ils se fortifient dans leur position à l'évocation complaisante de certains échecs thérapeutiques et admettent mal que rechute puisse signifier autre chose que incurabilité. D'autres ont exprimé avec enthousiasme des espoirs trop passionnés, par exemple lors de l'apparition de l'antabus ; la simplicité même du procédé était séduisante.

On s'aperçoit bientôt que, malgré ce progrès évident, le problème n'était pas pour autant résolu. De plus, l'usage de ce remarquable produit, souvent mal compris, a déçu beaucoup de médecins et de malades ; trop souvent, nous entendons des confrères distingués déclarer avoir essayé l'antabus dans leur service de médecine générale, tout comme ils auraient employé le dernier antibiotique en vogue. La précarité des résultats ainsi obtenus risque de décourager à tort une opinion médicale qui reste incertaine. Enfin, un aspect non moins surprenant est la tendance à l'exclusivisme thérapeutique, conduisant nombre d'auteurs à n'employer qu'un des procédés actuellement connus, ignorant délibérément toute la gamme des autres, et se privant ainsi de ressources variées.

3) La publication de pourcentage d'échecs ou de réussites ajoute encore à la confusion. Pour ne prendre que deux exemples, à quelques semaines d'intervalle, on peut lire une communication faite à l'Académie de Médecine, par MM. Bazy et Vauthier (1), qui montre 84 % de résultats favorables, tandis que H. Duchêne, faisant, dans les *Etudes antialcooliques* (2), le bilan de son activité thérapeutique après trois années, fixe à 65 % le taux de résultats nuls. Cet auteur, d'ailleurs, prend le soin d'analyser ses réussites et ses échecs, d'en étudier le sens et les modalités ; le fait est assez rare pour être signalé, car bien des articles font état des résultats, sans préciser ce qu'ils

(1) L. BAZY et VAUTHIER. — *Bulletin Académie médecine*, 5 juillet 1951.

(2) H. DUCHÊNE. — *Etudes anti-alcooliques*, n° 17, janvier-mars 1951, et n° 19, juillet-octobre 1951.

entendent, par bons, mauvais ou médiocres, l'abstinence étant le critère implicite et unique ; ils mentionnent des durées d'observation insuffisamment longues (un an est un faible minimum), parfois sans indiquer le sexe des malades, leur âge, leur type clinique, etc...

Ainsi, l'insuffisance de nos connaissances cliniques et de notre terminologie, une attitude trop manifestement subjective et pré-scientifique, enfin, un manque d'informations valables, caractérisant la situation actuelle. Ces faits expriment seulement notre inexpérience d'aujourd'hui ; mais, ce qui paraît plus grave, c'est l'inadéquation du but proposé ; en effet, tout se passe comme si la plupart des efforts thérapeutiques étaient orientés par le raisonnement suivant : l'alcoolique est malade parce qu'il boit de l'alcool ; supprimons-lui, par un procédé quelconque, le recours à cet agent pathogène, c'est-à-dire, donnons-lui la possibilité, de fait, de rester abstinente, il sera guéri. Cette conception est parfois justifiée, mais, à notre avis, trop souvent, elle nous fait prendre la partie pour le tout.

Examinons donc la notion d'abstinence et sa valeur.

La majeure partie des auteurs se trouvent d'accord sur ce point, à savoir que l'alcoolique malade, pour avoir des chances de guérir, ne doit boire aucune boisson fermentée. Que ceci tienne au destin propre de la maladie, ou plutôt à l'insuffisance actuelle de nos traitements, il y a là une nécessité impérative ; aucune observation détaillée, faite avec le recul nécessaire, n'a encore été publiée d'un ancien malade ayant pu, après traitement, supporter sans accident une consommation d'alcool réputée banale, pendant plusieurs années.

Pourtant, notre embarras est grand, s'il s'agit d'apporter des précisions quant à la durée de cette abstinence, à sa rigueur et à ses modalités. Totale et définitive, disent les uns, partielle après un laps de temps d'un an ou deux ans, ou encore variable selon chaque cas particulier, disent les autres. Après cinq années de totale abstinence, un ex-alcoolique peut-il, sans danger, être autorisé à boire des liquides alcoolisés : de quelle qualité, en quelle quantité, et selon quelle fréquence ? Les conditions de l'abstinence elle-même sont imprécisées ; pourtant, l'abstinence forcée (par exemple, à la suite d'incarcération ou d'internement), l'abstinence ordonnée (par exemple, celle d'un cirrhotique, cloué au lit), l'abstinence chimiquement garantie [par exemple, par la prise quotidienne et acceptée de Disulfiram (1)], et l'abstinence authentique, fondée sur une parfaite indifférence, n'ont pas les mêmes valeurs. Enfin, le seul fait de devoir rester abstinente met en cause la notion même de la guérison.

Dans le rapport de la première session du sous-comité de l'alcoolisme, à l'Organisation mondiale de la santé, les experts, après avoir

(1) Néologisme dont l'usage est recommandé par l'O.M.S. pour désigner le disulfurtétraéthylthiuram.

souligné l'importance de l'alcoolisme en tant « qu'entité nosologique », s'expriment ainsi (1) :

« Un autre terme, fréquemment utilisé dans la littérature qui traite de l'alcoolisme, mérite d'être discuté, c'est le terme " guéri ". Comme le sous-comité l'a indiqué plus haut, lorsqu'un individu a franchi le stade de l' " alcoolisme symptomatique " et atteint celui de l' " alcoolisme invétéré ", il ne saurait s'attendre à redevenir un buveur modéré. Il s'ensuit, qu'une fois l'alcoolique arrivé à ce stade, la " guérison ", au sens strict du mot, est impossible. L'objet du traitement est alors d'enrayer l'évolution morbide, en donnant à l'individu les moyens de demeurer abstinents de façon permanente. »

« Par conséquent, lorsqu'on apprécie l'efficacité des diverses thérapeutiques, on peut évaluer dans quelle mesure tel ou tel traitement réussit à enrayer l'évolution, en considérant la proportion de sujets capables de rester abstinents pendant une période pré-déterminée, mais, — de l'avis du sous-comité —, on ne devrait parler à cet égard que de cas " stabilisés " (évolution enrayée), et non de cas " guéris ". En outre, le sous-comité estime que de nombreux auteurs donnent à la notion de " cas stabilisés " une extension trop peu précise. Cette expression ne devrait être employée qu'à propos de malades qui ont pu demeurer abstinents pendant plusieurs semaines. »

Ce qui incite les auteurs de ce rapport à rejeter le terme de guérison semble être seulement l'impossibilité pour le malade de pouvoir, sans risque, consommer de l'alcool. Pourtant, si l'on tient l'alcoolisme pour une « entité nosologique », supprimer l'alcool devrait bien être synonyme de guérir de l'alcoolisme. La substitution prudente du terme de « stabilisé », avec indication de durée (ce qui veut dire abstinents), rend compte de nos incertitudes pronostiques, relatives à la validité et probablement aussi aux modalités de cette abstinence. Quoi qu'il en soit, il est logique de ne pas accorder à l'absence d'ingestion d'alcool la valeur d'un critère positif de guérison.

Le terme général alcoolisme est inadéquat, en ce sens qu'il ne désigne qu'un symptôme : la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool. Les significations du syndrome alcoolique (2) sont suffisamment dissimilaires pour que la disparition d'un symptôme, fût le principal en apparence, soit insuffisante pour apprécier la réussite ou l'échec de nos thérapeutiques. L'abstinence totale n'est qu'une condition nécessaire : elle doit être authentifiée dans sa qualité par la pleine indifférence que l'ex-malade éprouve, en parfaite liberté, à l'égard de l'alcool. Guérir un malade, dit alcoolique, est autre chose que lui donner la possibilité de ne boire que de l'eau.

(1) *Rapport technique*, n° 42, O.M.S. Genève, septembre 1951, p. 4 et p. 8.

(2) P. FOUQUET. — Le syndrome alcoolique, *Etudes anti-alcooliques*, n° 15, juillet-octobre 1950.

Essai sur les critères de guérison de l'alcoolisme,
par MM. P. FOUQUET et R. ROPERT.

Il est remarquable de constater que les travaux concernant le concept de guérison sont rares dans la littérature médicale, philosophique et juridique ; sans doute faut-il voir là le fait que, dans la pratique quotidienne, nous tenons la guérison pour un jugement de valeur, de caractère subjectif, évident et direct. Il ne paraît pas sans intérêt, cependant, de mettre en cause d'abord la notion même de guérison, avant de l'appliquer à notre objet, l'alcoolisme. Quelques-uns des éléments de la discussion ci-dessous sont inspirés par l'*Essai sur la guérison*, d'Allendy (Denoël et Steele, Paris, 1934), et par l'ouvrage de Deshaies sur *L'esthétique du pathologique* (P.U.F., 1950, Paris). Une position courante consiste à admettre que notre action médicale se situe au centre d'un couple de forces opposées, dont les flèches se nomment, d'un côté maladie, de l'autre guérison, ou plutôt dirons-nous les maladies et la guérison, parce que le polymorphisme de celles-là frappe, et que l'on est accoutumé de voir dans celle-ci un résultat unique, qui peut se réduire à la suppression de la maladie. La maladie étant conçue comme une entité étrangère, maléfique, surajoutée, la guérison, qui s'oppose à elle, en devient de nature purement négative.

L'étymologie même (warjan, wehren, lutter, défendre), du mot « guérir », suggère l'idée exclusive d'un combat, d'une guerre (war), dont le but est de terrasser le mal. La guérison est alors un exorcisme.

Mais à l'égard de cette position, en quelque sorte manichéenne du problème, plusieurs remarques peuvent être faites :

1) Si la guérison est seulement une notion antithétique, la suppression de la maladie, sur quels critères doit-on fonder son affirmation ? Sur la disparition des *signes* de la maladie, ceux-ci traduisant la présence de cette entité étrangère. L'expérience la plus élémentaire vient s'opposer à une telle notion. Dira-t-on d'une pneumonie qu'elle est guérie, lorsque la fièvre, la toux et l'expectoration, les signes physiques, ont disparu ? Mais voici qu'en quelques jours pourra apparaître une pleurésie... Et quels tests de la guérison d'une fièvre typhoïde ? Est-ce à la chute thermique, à la reprise alimentaire, ou plutôt à la disparition complète des bacilles dans les selles ou, si nous avons administré de la chloromycétine, que dire d'un malade qui, ne présentant plus aucun des signes de maladie, va faire, quinze jours plus tard, une perforation intestinale ?

2) Il devient difficile, à une analyse plus poussée, d'opposer avec autant d'absolu les états de maladie et de guérison, de même qu'on voudrait opposer aussi absolument ceux de maladie et de santé. On

se contentera de rappeler sur ces points la difficulté des frontières entre le « normal » et le « pathologique », l'intrication des problèmes : l'existence des troubles nettement morbides, dans l'état dit de « santé » (si communs, que certains ont pu parler de « pathologie normale »), le problème des porteurs de germes, celui d'un organisme d'apparence sain, après une crise pathologique, mais restant profondément déséquilibré.

3) Enfin, les concepts mêmes de maladie et de guérison doivent être envisagés sous un angle différent des positions purement négatives du débat précédent. La maladie représente autre chose qu'une simple négation, qu'une « absence de santé » : « physiologie nouvelle, plus que physiologie déviée », pour Leriche, l'état pathologique se solde, dans les circonstances favorables, par l'acquisition de moyens nouveaux, ou de propriétés particulières, constituant une part positive importante, dont les phénomènes humoraux de l'immunité sont le plus éclatant exemple.

Ces véritables créations de la maladie, dont la guérison devient le résultat, et non plus l'opposé, amènent donc à considérer celle-ci sous un aspect bien différent du point de vue initial, antithétique à la maladie, et purement négatif. Toute guérison ne peut se résumer à une suppression, mais doit comporter des éléments positifs et nouveaux de réorganisation.

Pour en revenir à notre problème, sur le plan clinique, la définition globale de l'état d'alcoolisme est, pour un individu, l'état de fait dans lequel il est incapable de s'abstenir de boissons alcoolisées ; cette définition, purement descriptive, ne nous apprend rien sur les causes de cette incapacité ; l'un de nous a tenté de montrer (1) qu'elle était conditionnée initialement par deux ordres de facteurs interdépendants :

une organisation psychique spéciale, dans laquelle l'affectivité du sujet était marquée d'une frustration initiale ;

une disposition somatique particulière, la tolérance, qui permet, non seulement d'ingérer les boissons alcooliques sans troubles notables, mais aussi d'en ressentir des effets euphoriques.

A ces deux éléments de base s'ajoute le facteur toxique qui, progressivement, entraînant pour son propre compte une dépendance physique vis-à-vis de l'alcool, constituera le syndrome alcoolique. Une analyse pathogénique de cet ordre incite à considérer les conditions théoriques de guérison comme devant être les suivantes : disparition ou réduction du facteur toxique, restauration d'une tolérance normale et organisation nouvelle d'un psychisme sain.

(1) P. FOUQUET. — Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme, *Evolution psychiatrique*, n° 11, 1951, p. 231 à 251.

1) Le facteur toxique, caractérisé par un syndrome neuro-humoral encore mal connu est très variable, parfois presque inexistant, parfois au premier plan du tableau clinique. Il est évident que, s'il a été trop intense, il a pu provoquer des lésions irréversibles : atteinte organique du système nerveux central, cirrhoses ou stéatoses hépatiques. Dans ces cas, la constitution même d'une lésion organique grave, conditionnée ou seulement favorisée par l'alcool, interdit manifestement l'espoir théorique d'une guérison : le cirrhotique abstinent, par exemple. Sur un plan moins grossièrement évident, la persistance d'une acidose ou d'un trouble du métabolisme pyruvico-lactique, manifestations probablement en rapport direct avec l'intoxication subie, méritent d'être étudiées avant de parler de guérison. Si, effectivement, des tests précis nous manquent à ce sujet, il n'existe toutefois aucune raison théorique de ne pas exiger à l'avenir, dans chaque cas, le principe d'un contrôle humoral. On s'apercevra d'ailleurs à l'usage de sa valeur pronostique, car il apparaît probable que certaines rechutes peuvent être déterminées par la seule persistance de troubles humoraux, séquelles de l'intoxication somatique.

2) S'il est relativement simple, en théorie, de dresser un bilan somatique et humoral, et d'en apprécier la valeur par rapport à des normes biologiques connues, il est plus complexe de juger l'organisation psychique d'un individu et de se référer à des normes de santé mentale. Or, ce qui nous éclaire ici, c'est justement l'analyse psychopathologique de la conduite alcoolique elle-même : celle-ci revêt, en effet, la signification d'une tentative de guérison : grâce au recours de l'alcool, l'individu cherche à acquérir ce qui lui fait défaut ; si nous condamnons le procédé qui lui donne seulement l'illusion d'échapper aux dispositions névrotiques de base, tout en l'y maintenant en fait, nous devons reconnaître que, dans son essence et dans sa direction, cet effort n'est pas différent de nos propres tentatives thérapeutiques ; il ne s'agit donc pas seulement pour nous de supprimer le recours illusoire, mais d'apporter en fait, à celui que nous soignons, des facteurs positifs, de même sens, mais authentiques cette fois. C'est cette *transmutation* qui est le fond de notre conduite thérapeutique, et dont nous devons apprécier en dernière analyse la réussite ou l'échec.

Mais, avant de parler des « alcooliques malades », il faut se souvenir que nombre d'alcooliques, grâce à un mode d'adaptation que nous jugeons morbide, mais qui est satisfaisant pour eux, meurent à un âge raisonnable, après trente, quarante, ou cinquante années de pratique, sans que leur vie somatique ou leur comportement aient été trop notablement perturbés ; toute leur vie psychologique et sociale a été organisée sur un plan illusionnel, et apparemment compensateur ; ils ont été relativement tolérants pour eux-mêmes, et tolérés par les autres, auxquels ils ont su imposer un type réactionnel de

comportement à leur égard ; ceux-là n'ont aucun motif de demander à « guérir » : les médecins ne les voient pas.

Ceux qui s'adressent à nous sont ceux qui n'ont pas réussi ; ce sont les alcooliques malades qui viennent, sous prétexte d'un déficit somatique devenu trop manifeste, ou d'une intolérance du milieu trop grande ; mais ils risquent, lorsque nos traitements réussissent à les priver du recours à l'alcool, cette « eau-de-vie », de se trouver avec une organisation psychique déficiente ; souvent, ils en expriment la crainte, on pourrait presque dire, à juste titre. Or, que se passe-t-il après la suppression de l'alcool ? En gros, deux ordres de faits très dissemblables.

I. Après vingt ou trente ans de vie adulte, marquée d'échecs et de luttes pathologiques, la suppression désirée de l'alcool montre une personnalité qui a évolué vers une maturité suffisante pour que, insérée dans une structure sociale ou familiale solide, il ne reste rien des dispositions primitives frustratrices. C'est le cas simple du gros buveur d'habitude qui, lorsqu'il commence, à 45 ou 50 ans, à souffrir de troubles hépato-digestifs et de troubles caractériels, désire s'arrêter. Le facteur toxique joue à ce moment un rôle majeur et entretient un état qui n'a plus de raison d'être. Le renoncement à l'alcool va entraîner des modifications profondes du mode de vie de l'individu, qui témoigneront de son renouveau psychique ; en pratique, on notera :

a) la liquidation progressive des séquelles de la conduite alcoolique passée ;

b) l'établissement de relations humaines différentes : par exemple, abandon des fréquentations de bistrots où les activités de jeux tenaient une place importante ; l'affirmation et la valorisation de soi ne seront plus recherchées dans le maniement des cartes ou dans l'exaltation verbale des discours sur le thème infantile : « Si j'étais le premier ministre... », ou « si j'étais le général X... » ;

c) reclassement et réussite professionnelle : revalorisation sociale ;

d) acquisition d'une autonomie financière ; au lieu des dettes multiples et des dépenses inconsidérées, instauration d'une politique valable de l'argent ;

e) restauration d'une harmonie conjugale et familiale valable, au lieu de la quasi-permanence du drame ; reprise d'une vie sexuelle adaptée ;

f) possibilité de mûrir et de réaliser des projets valables, et non plus automatiquement illusoire et voués à l'échec.

Cet état ne peut s'instaurer et s'établir que dans l'abstinence, mais celle-ci est facilement obtenue par l'individu comblé d'authentiques satisfactions, qui n'éprouve aucun désir des effets magiques de l'al-

cool ; ici, c'est l'indifférence qui authentifie l'abstinence : ni attirance contre laquelle il serait nécessaire de lutter, ni répulsion. Dépossédé de tout charme, l'alcool n'existe plus ; le problème de la restauration d'une tolérance normale ne se pose dès lors pas.

Dans les cas de ce type, la suppression de l'alcool a bien été synonyme de guérison.

II. La seconde éventualité est très dissemblable : les traitements anti-alcooliques laissent à nu une organisation névrotique ou psychotique très structurée, qui continue à évoluer, interdisant de parler d'un succès quelconque ; nous nous trouvons fréquemment en présence d'ex-alcooliques, devenus abstinents, qui n'ont pu tirer de leur sevrage qu'un bénéfice très limité. Seules les thérapeutiques psychiatriques usuelles sont valables ; si elles réussissent, on constatera, en plus de la disparition des symptômes morbides, l'établissement des signes psychologiques et d'adaptation sociale de l'ordre de ceux décrits plus haut. Malheureusement, l'efficacité de ces thérapeutiques n'est, ni toujours assez grande, ni surtout assez rapide pour supplanter celle, apparente, de l'alcool, d'où rechutes ou ruptures de traitement, qui compliquent le problème, sans d'ailleurs obligatoirement le rendre insoluble.

Naturellement, entre ces deux extrémités, la clinique quotidienne montre une grande variété d'états intermédiaires, dans lesquels la persistance de tendances névrotiques non encore résolues, mais peu profondes, retardent seulement l'apparition de quelques-uns des signes positifs ; par exemple, l'ex-alcoolique gardera longtemps des troubles de la sexualité, ou encore une attitude anormale, vis-à-vis de l'argent, alors que l'ensemble de sa réorganisation psychique est très avancée. Nous ne pouvons ici que signaler ces faits, sans étudier dans le détail toutes les modalités d'acquisition de l'état de guérison ; une psychothérapie particulièrement adaptée est nécessaire pendant la période de post-cure, dont la durée est au minimum d'un an, souvent deux ou trois ans.

Mener jusqu'à son terme la guérison d'un malade alcoolique est obligatoirement une entreprise longue ; on ne peut valablement user de ce terme « guérison » qu'après estimation d'un bilan somatique et surtout appréciation systématique des signes positifs de réorganisation psychique et sociale de l'individu.

DISCUSSION

M. G. DAUMÉZON. — Il faut louer M. Fouquet d'avoir une fois de plus tenté de replacer l'alcoolisme dans le contexte de ce qu'on pourrait appeler la pathologie générale des troubles mentaux ; qu'il me soit permis de poser dans cette perspective une question qui depuis longtemps s'impose à moi : le mot alcoolisme n'est apparu qu'il y a un siècle ; sans doute, pourrait-on rechercher quels faits de la pathologie et peut-être quels faits sociaux ont

fait à cette époque émerger un problème qui jusque-là n'avait été abordé que de façon fort épisodique.

L'expérience de M. Caron est exactement la mienne car, médecin d'un service voisin du sien, j'ai travaillé avec lui en étroite communion : il me semble qu'on doit étudier tout particulièrement, en dehors des effets humoraux ou conditionnants des traitements que nous avons utilisés, un de leurs caractères, c'est le sentiment d'agression qu'ils suscitent chez le malade, agression s'ajoutant à la contrainte d'une hospitalisation imposée dans des conditions souvent fort désagréables. Il y a plus, le choc à l'apomorphine entraîne chez certains malades un sentiment d'angoisse dont nous ne pouvons négliger l'action éventuelle. Lorsqu'on a constaté chez certains sujets combien l'absorption d'alcool apparaît comme une démarche d'anéantissement, le rapprochement s'impose entre cet anéantissement recherché par le malade et cette menace vitale qui lui est imposée par la thérapeutique. Notre tâche de clinicien devrait être de déterminer quelles sont les caractéristiques des sujets susceptibles de bénéficier de pareils traitements agressifs.

Nous voyons la richesse des aperçus que nous a apportés Fouquet quand nous saisissons un exemple de l'unité de comportement entre la démarche, sinon auto-thérapeutique, du moins adaptative du malade et la conduite du médecin.

Il reste à faire une fois de plus le vœu que puissent être mis sur pied des services permettant, non pas un traitement standard, mais les véritables adaptations individuelles indispensables des moyens très variés mis aujourd'hui à notre disposition.

M. J. DUBLINEAU. — Les communications précédentes montrent l'importance pratique du traitement de l'alcoolisme. On peut dire que la généralisation de cette pratique, en rompant le fatidique et déprimant pessimisme du « Qui a bu boira », constitue une manière de révolution, quel que soit le caractère, encore fragile et inconstant, des résultats obtenus.

L'une des premières conséquences que nous avons observées dans le « service des buveurs internés » du département de la Seine, réside dans l'accroissement du nombre des buveurs venant spontanément se faire traiter, quitte, pour ce, à accepter les formalités pourtant socialement si pénibles de l'internement. Il est certain que si des services libres étaient développés, cette tendance s'accroîtrait encore sensiblement.

Toutefois, il faut bien reconnaître que le problème du buveur n'est pas exclusivement d'ordre médical. Jusqu'à plus ample informé, il faut bien tenir compte du nombre important de buveurs qui n'admettent pas la réalité de leur état, ne serait-ce précisément qu'en raison de leur psycho-rigidité et de leur attitude d'opposition. Pour ces derniers, le problème de la persuasion, de la libre acceptation de la cure se pose en termes particuliers. C'est là un problème difficile, qui n'a été qu'effleuré lors du « colloque » sur l'alcoolisme, organisé par l'organisation mondiale de la santé en octobre 1951. Or, les termes d'un tel problème peuvent et doivent être posés dans une perspective, non point « à priorique », mais rigoureusement objective et psycho-sociale. Sans vouloir développer cette question dans le cadre d'une simple intervention, je soulignerai d'abord que nombre de récalcitrants ne le sont guère qu'avant la mise en traitement. Quand on a pu « rompre la glace » qui les sépare du thérapeute, leur viscosité mentale, qui constitue un caractère de leur mentalité, facilite, par un phénomène trop souvent méconnu, leur structuration dans un complexe médecin-malade, d'où une relative facilité pour les suivre par la suite.

On pourrait presque dire que, par une de ces sortes de paradoxes psychosociaux, dont la pratique des inadaptés nous donne de quotidiens exemples, la structuration se fixe au moment où le « placé d'office » quitte l'établissement ; mais, psychologiquement créée, elle devient en même temps socia-

lement virtuelle de par le départ du malade, et tout le problème, dès lors, doit être de l'actualiser dans les faits.

En repensant ce problème du placement d'office sur le plan, tant de la pré-que de la post-cure, au cours de plusieurs années de pratique psychiatrique ambulatoire comme médecin-psychiatre de la Préfecture de police, nous sommes arrivés à la conclusion (que nous avons déjà développée au Congrès de criminologie à propos des sujets « dangereux ») qu'un climat médico-administratif pouvait être, dans cet esprit, créé dans une perspective positive. Le buveur semble, au moins dans les grandes villes, devoir être l'un des psychopathes (ou névropathes) susceptibles de tirer bénéfice de cette formule, que nous nous attachons à perfectionner d'ailleurs. Sans vouloir préjuger du sentiment des autorités administratives dans cette question, nous serions surpris que les développements qui précèdent ne soient pas en accord, au moins dans les grandes lignes, avec leurs propres préoccupations.

Les éléments du contact de l'aliéniste des services publics avec ses malades, par M^{me} Agnès MASSON.

Certains psychiatres m'ont demandé des explications sur les expériences d'Alençon et de Rouen (cette dernière était connue par la revue de l'hôpital psychiatrique de Rouen, *Regain*). Un membre de notre société m'a écrit, après avoir entendu ma communication : « Ces résultats me paraissent obtenus grâce à l'attitude affective que vous avez à l'égard des aliénés : vous les aimez vraiment, et vous leur faites une confiance absolue. Ce résultat favorable est lié au contact affectif si spécial que vous avez avec eux, et il serait imprudent de généraliser ces expériences. » Ce qui revient à dire en quelque sorte que je suis douée d'un pouvoir personnel et tout spécial, qui ne pourrait être l'apanage d'un autre aliéniste.

Il n'y a pas de pouvoir spécial et personnel, ni même de hasard heureux, puisque des résultats numériquement superposables ont été obtenus dans deux services différents. Le miracle n'existe pas plus en psychiatrie qu'ailleurs ; un résultat heureux doit être analysable et livrer son secret. Les premiers dompteurs qui, abandonnant la barre rougie et le fouet, entrèrent désarmés dans la cage de leurs fauves, firent crier au miracle ; or ce miracle, étudié, analysé, perfectionné même, transformé en méthode, permet aujourd'hui à tout dompteur d'en faire autant.

Il y a donc dans ces essais des éléments analysables et perfectibles, et sûrement des erreurs à corriger ; d'autres aliénistes, en comparant ces résultats avec les leurs, et en tirant parti des déductions qui en découleront, en obtiendront sûrement de meilleurs encore à l'avenir.

J'y suis parvenue moi-même lentement, patiemment, en m'observant et en observant les autres, et en corrigeant successivement un certain nombre d'erreurs, au cours de vingt-cinq ans d'expérience psychiatrique.

1° J'avais d'abord constaté que le personnel infirmier avait généralement un meilleur contact avec les malades que la plupart des psychiatres. J'avais cru que cela tenait au fait qu'il vivait davantage en contact avec eux. Mais je me suis aperçue que cela tenait aussi au fait que, de par leur origine sociale, ils étaient généralement plus près des malades d'origine ouvrière et paysanne, qui constituent la grande majorité de nos malades ; ils avaient un langage et une attitude (mimique, etc.) plus accessibles pour eux et, les comprenant mieux, leur inspiraient davantage confiance.

A l'hôpital psychiatrique de Naugeat-Limoges, après quelques tâtonnements antérieurs, je me suis rendue compte combien pouvait être utile pour un psychiatre d'étudier attentivement le comportement de nos collaborateurs et d'analyser les résultats heureux qu'ils obtenaient.

J'avais dû improviser une admission avec du personnel que rien n'avait préparé à cela. Un chef de quartier, en apparence débraillée et mal embouchée, s'y révéla une animatrice extraordinaire : elle guérissait mes malades, bien plus vite que dans les services voisins. Elle les tutoyait (c'est un usage courant dans certaines couches populaires et dans certaines régions, et elle en était parfois tutoyée) ; elle les rudoyait parfois en apparence, mais, femme au cœur d'or, elle les aimait et s'en faisait aimer. Elle leur parlait leur langage ; langage certes un peu grossier et imagé, mais qui répondait à celui dont elles avaient l'habitude chez elles, à l'atelier ou à la ferme. Il y avait un désordre apparent dans son pavillon, mais la vie y coulait à pleins bords ; c'était une ruche vivante, où les malades reprenaient goût à la vie. Les faits étaient là. Il fallait les interpréter et s'inspirer des résultats. En étudiant les classes sociales d'où venaient mes malades, leur langage, leur mimique, leurs réactions affectives, je me rendis compte des différences profondes entre leur langage et le nôtre, même lorsqu'en apparence il utilise les mêmes mots. Des philologues ont d'ailleurs publié des études intéressantes sur ce sujet. De deux expressions également correctes, l'une a un retentissement affectif réel chez l'ouvrier ou le paysan, tandis que l'autre, inhabituelle, n'évoque rien pour lui. Et, en plus de l'expression elle-même, il y a le geste, la mimique, l'attitude. Il est évident que pour un ouvrier, habitué au langage rude de l'usine ou du chantier, la phrase : « Comment allez-vous, Monsieur ? » n'aura que peu de retentissement, ou que même elle déclenchera une réaction d'hostilité violente et nuisible. Tandis que la phrase : « Alors, ça va, mon gars ? », ou « Ça ne gaze pas, qu'est-ce qu'il y a ? », accompagnée d'un geste familier, remplira ses yeux de joie et fera battre son cœur. Le fait d'adopter délibérément cette attitude peut certes exposer le psychiatre aux critiques incompétentes de ceux qui ont une fausse notion de la dignité médicale ; un médecin remplit dignement sa mission lorsqu'il

remplit pleinement son rôle, qui est de guérir ses malades ; et il le remplit pleinement s'il utilise tous les moyens qui lui semblent utiles et qui se révèlent efficaces.

La psychothérapie, disait Ey (1949), peut utiliser tous les moyens, jusqu'à l'exhortation plus ou moins persuasive et à la bourrade d'encouragement. Je n'ai jamais utilisé la bourrade ; je mets parfois la main sur l'épaule du malade, ce qui n'est pas la même chose.

La première conclusion que j'ai donc tirée de tout cela, c'est que, pour être compris de quelqu'un, il faut le comprendre et parler son langage, avec tout ce que cela comporte d'éléments qui accompagnent le langage proprement dit.

2° Cette même « chef de pavillon » avait instauré, non pas une « atmosphère d'hôpital », mais une « atmosphère de famille », qui alors était une nouveauté. Les malades, dans une atmosphère de sympathie et d'amitié, reprenaient confiance à la vie. Deuxième conclusion : créer un climat familial. A Châlons-sur-Marne, lors de mon départ, le délégué du personnel pouvait me dire, devant le personnel assemblé : « L'hôpital psychiatrique est devenu avec vous une sorte de famille... Vous avez traité vos malades comme des amis, vous permettiez aux femmes de vous embrasser... Vous les traitiez comme des amis, et le personnel comme des frères. » (Volume *L'assistance psychiatrique nouvelle*, 1948).

3° J'avais fait mes débuts dans la psychiatrie, en sous-ordre, à une époque où l'évasion était le cauchemar des aliénistes des services publics, hantés par l'idée de la responsabilité.

J'ai raconté ailleurs (*ibidem*) ma première expérience à ce sujet : envoyer une jeune évadeuse après une mélancolique, évadée, voulant se noyer dans le canal tout proche, et la voir revenir avec l'évadée et le trousseau de clefs, qu'il avait fallu lui confier. Lors de ma première affectation comme chef de service, on m'a signalé à mon arrivée le plus grand évadeur du service, un instable au passé impressionnant : 13, entre engagements, rengagements, condamnations, Légion étrangère, Bataillons d'Afrique. Je lui dis, devant les infirmiers étonnés : « Veux-tu te promener dans l'enceinte ? (je tutoie généralement mes malades hommes, mais sur un ton amical). — Et si j'ai un coup de cafard ? — Tu me le diras. » Le malade sortit librement dans l'enclos, demandant à réintégrer le quartier lorsqu'il sentait que « ça venait », et à sortir de nouveau lorsque le danger était passé. Transféré après mon départ à l'hôpital psychiatrique d'Evreux, il m'a écrit encore il y a quelques années. A Châlons, je l'ai également raconté (*ibidem*), j'avais pris, pour travailler chez moi, non sans avoir hésité, et sur intervention de sa chef de quartier et d'une autre malade travaillant déjà chez moi et qui se portait garante, la plus grande évadeuse du service, qui ne pouvait même pas assister

aux fêtes de l'établissement sans essayer de s'évader, et était de ce fait consignée au quartier. Peu de temps après, elle se promenait librement en ville, faisant mes courses, avec parfois des sommes assez importantes d'argent, etc.

A Rouen, je l'ai indiqué dans ma dernière communication, j'ai fait participer régulièrement les évadeurs lucides de mon service aux promenades et aux sorties du dimanche : « Pourquoi nous évader, me disait l'un d'eux, puisque vous nous laissez sortir librement ? » Et un petit médico-légal, repris de justice, me disait, en son langage imagé, devant d'autres malades du même quartier : « Vous êtes régulière, nous sommes réguliers. »

La conclusion précédente peut donc se compléter ainsi : faites confiance à vos malades, mais du cœur, et non du bout des lèvres ; si vous avez su « les prendre en mains », il n'arrivera rien.

Lors de mon arrivée à Rouen, j'avais été moi-même surprise de voir le moniteur de gymnastique sortir des malades parfois « dou-teux », quinze ou vingt, marchant en tête, sans les regarder. Je lui avais dit mon étonnement : « Ils s'évaderaient s'ils se sentaient surveillés, car cette surveillance serait illusoire ; je ne les surveille pas, et ils ne s'évadent pas, parce qu'ils m'aiment bien. » J'ai retenu la leçon, et m'en suis inspirée dans les expériences de Rouen et d'Alençon.

Par des procédés analogues, je suis arrivée à adopter d'autres règles de conduite :

4° Aimez vos malades, ils vous le rendront, et c'est là une joie profonde pour le psychiatre. « Vous aimez vos malades », me disait mon personnel, dans les lignes citées plus haut. Et c'était vrai. C'était pour moi un déchirement que de quitter un service.

5° Il faut se faire aimer des malades. A Rouen et à Alençon, je passais dans mon service matin et soir, souvent sans escorte, et sans blouse, en amie. Je m'asseyais parmi eux, et je parlais avec eux un peu de tout. J'étais l'amie qui console, qui aide quelquefois discrètement, et qui écoute toujours. J'ai toujours écouté patiemment mes malades ; ils le savent, et n'essayent pas de m'accaparer sous un flot de paroles, sachant qu'ils me retrouveront lorsqu'ils le voudront, et que « les copains attendent ». Je ne souris pas de leurs maladresses verbales, ni même de leurs idées pathologiques ; si parfois je plaisante avec eux comme avec des amis, jamais je n'ironise à leurs dépens. Je les traite comme je voudrais être traitée si j'étais à leur place, ce qui est une vérité très simple, mais parfois oubliée.

Même en prenant un nouveau service (et j'ai eu surtout des services d'hommes), j'allais voir en cellule, là où il y en a encore, les « dangereux », m'asseyant à côté d'eux sur leur paillasse, et leur parlant gentiment ; jamais je n'ai été frappée ; jamais non plus je n'ai admis qu'un infirmier s'interpose entre un de mes malades et moi.

Je m'intéresse à leur vie professionnelle et à leur famille. J'ai essayé d'acquérir une certaine connaissance de la vie ouvrière et de la vie agricole, sur le plan technique, et sur celui des problèmes qu'elles posent (les médecins du travail le font bien). Parlez au mineur de la vie « à la fosse », au fraiseur de son outil, au paysan de son tracteur. Vous les verrez s'éclairer. Je connais un psychiatre homme qui, dans le même esprit, parle souvent de recettes de cuisine avec ses malades femmes ; un autre qui s'est fait expliquer quelques notions de tricot pour pouvoir en parler avec elles.

Je suis très serviable avec mes malades : renseignements, démarches diverses, menus services. J'ai aussi de l'amitié pour mes malades, et le leur montre, parce que beaucoup d'eux étaient privés d'amitié dans la vie. Certains d'eux ont glissé vers la maladie sans pouvoir se ressaisir, parce qu'il leur a manqué une main secourable. Pour beaucoup, la vie avait été dure et injuste. Prenons-les par la main, donnons-leur cette amitié, rendons-leur l'espoir et la confiance dans la vie, montrons-leur qu'une vie meilleure peut parfois les attendre, et nous en ferons parfois des hommes nouveaux, souriants, regardant la vie comme jamais ils ne l'avaient regardée.

Je citais, dans un rapport administratif récent, les expressions touchantes des lettres de mes malades : « Chère Madame Masson » (et non l'expression abstraite, « Cher docteur ») : « Vous m'avez sauvé », « je vous ai dans le cœur », « vous m'avez sorti de là », « vous avez refait de moi un homme », etc. « Ma petite mère Masson », m'écrivait jadis, dans une lettre que j'ai citée ailleurs, une malade de mon âge. J'entendais récemment un vieux médecin du cadre, très aimé de ses malades, être appelé par deux d'entre elles : « Mon petit père X... », dans une intention d'affection touchante.

Nos malades saisissent bien en nous, peut-être plus facilement que les bien-portants, nos défauts et nos qualités. La simplicité, le calme, l'égalité d'humeur et le sourire sont les qualités qu'ils apprécient le plus ; si un bon sourire répond au nôtre, nous avons gagné une bataille, hâté une sortie ou une réadaptation intra-asilaire.

L'expérience du sourire et de l'attitude bienveillante n'est d'ailleurs pas limitée aux rapports avec les humains ; elle est vraie aussi dans les rapports avec nos animaux familiers. Personnellement, je suis parvenue à aborder n'importe quel chien, même le plus « méchant », sans en obtenir un aboiement, en leur caressant la tête et en m'en faisant lécher les mains. Si un jour j'échoue, — cela m'est arrivé deux fois au cours de ces dernières années —, c'est que j'étais momentanément en état d'infériorité : des soucis réels expliquaient cet échec.

L'exposé que je viens de faire, montre, je crois, le parti qu'on peut tirer de l'expérience de chacun. Que d'autres psychiatres livrent le « secret » de leur contact. Et si même (Ey, 1949), il reste évident que toute action thérapeutique est la résultante de l'action de la person-

nalité du psychothérapeute et des réactions de la personnalité du malade, je suis convaincue qu'un certain nombre d'éléments communs pourront se dégager de ces différentes expériences et que des conclusions, au moins provisoires, pourront servir comme point de départ à de nouveaux essais psychothérapeutiques et même peut-être éclairer certains problèmes théoriques.

Névrose obsessionnelle familiale à évolution intermittente, par MM. M. RISER, J. LABOUCARIÉ et FOURNI.

Les cas de névrose obsessionnelle que nous rapportons présentent, par leur caractère familial et par l'intermittence de leur expression, des particularités assez nettes, qui méritent d'être analysées. Voici les faits :

OBSERVATION. — En janvier 1951, est admis à la clinique psychiatrique un homme de 55 ans, Espagnol vivant en France depuis une trentaine d'années, où il exerce la profession de cordonnier. Depuis quatre à cinq mois, Laurent D... présente un état anxieux de plus en plus intense, avec besoin obsédant et incoercible de réaliser et de répéter divers actes banaux, parfois insignifiants : par exemple, obligation de répéter les mêmes gestes, de repasser dans les mêmes rues, de changer ses outils de place, de toucher certains objets, le tout lié à une arithmomanie de contrôle quasi-permanente. Ces rites conjuratoires, « ces bêtises » comme nous l'explique le malade, ayant pour objet d'éviter un malheur qui pourrait s'abattre sur les siens, sans qu'il y ait conscience exacte du caractère même de la menace à écarter, mais plutôt sentiment ineffable du malheur à conjurer.

Les rites obsédants, depuis ces dernières semaines, sont de plus en plus envahissants, entraînant la diminution, puis l'impossibilité de toute activité professionnelle, aboutissant à un comportement antisocial du fait de leur extension à l'entourage du malade, qui impose à sa femme et à sa fille, et jusqu'à ses voisins, la pratique de ses rites de défense, tyrannisant ses proches pour en obtenir l'accomplissement et les menaçant, au cours de paroxysmes anxieux intenses, les violentant même, quand ceux-ci tentent de s'y soustraire.

Cet état est en contraste total, et c'est la première particularité à souligner, avec le comportement antérieur du sujet, artisan à l'existence paisible et qui ne manifestait pas la moindre anomalie mentale. Le déclenchement de cette crise paraît lié à la fois à un conflit affectif récent (une aventure extra-conjugale épisodique qui a entraîné chez lui un sentiment de culpabilité aggravé par de fréquentes scènes de jalousie de sa femme) et la préoccupation de subir une intervention chirurgicale sur son testicule, à la suite d'une orchite transitoire apparue deux mois auparavant.

Ainsi, les manifestations obsessionnelles survenues chez cet homme de 55 ans avaient l'apparence d'un état réactionnel, que venait encore confirmer l'évolution favorable à la suite d'un isolement de quelques mois et d'une courte série d'électro-chocs. Le malade quittait le service libéré de

toute angoisse obsessionnelle, mais présentait deux mois après une brève rechute, qui céda à nouveau après quelques semaines d'isolement...

L'étude des antécédents devait nous révéler les particularités les plus significatives :

Vingt-huit ans auparavant, Laurent, alors âgé de 27 ans, avait présenté une crise dépressive à type obsessionnel pur, centrée sur les mêmes thèmes de malheurs à conjurer, avec les mêmes rites de défense et les mêmes anomalies du comportement, imposant le placement en maison de santé. Cette crise dura un an et demi, après quoi, pendant ces vingt-huit années, jusqu'à la crise actuelle, notre homme, nous le soulignons, ne présenta pas la moindre manifestation de névrose obsessionnelle.

Son caractère habituel est celui d'un hyperémotif, sujet timide, à la vie sexuelle sans anomalie, assez retardé, mais au comportement parfaitement adapté. Son enfance est dominée par des traumatismes affectifs graves et prolongés, sur lesquels nous reviendrons. Il se souvient que, vers 10 à 12 ans, il n'était pas comme les autres enfants ; il avait des « petites manies » qu'il accomplissait sans inquiétude, presque par jeu, imitant les gestes que sa sœur et son frère pratiquaient chacun de leur côté, sans se révéler l'un à l'autre les motifs de leurs rites, qu'ils cachaient soigneusement à leurs camarades pour se préserver du ridicule, mais qu'ils réalisaient sans gêne entre eux, par une sorte de tacite entente, mêlée d'une certaine pudeur.

En effet, la sœur de notre malade, Marie, de deux ans plus âgée, et leur jeune frère, de deux ans plus jeune, présentèrent les mêmes phénomènes obsessionnels, mais chacun avec une évolution particulière. Marie, vers 12 ans, était obligée, malgré elle, en sortant de sa maison, de toucher le mur une ou plusieurs fois, de s'agenouiller à une certaine place ; elle éprouvait, nous dit-elle, ces obsessions comme une lutte, « comme si l'on avait deux pensées qui se contrariaient ». Elle nous dit comment l'accomplissement habilement contrôlé de ses rites de défense aboutit, au bout de quelques années, à une véritable réussite thérapeutique. Par exemple, la vue d'un couteau avec la lame en l'air lui est insupportable, et elle doit le retourner, mais si elle voit un couteau ainsi mal placé dans une autre maison, elle n'ose pas le déplacer et elle réalise alors mentalement le geste de le retourner pour apaiser son angoisse. Elle réussit ainsi à se libérer de ses obsessions en ajournant au maximum le rite obsessionnel afin de n'avoir progressivement qu'un seul rite à accomplir, au cours de la même journée.

Depuis trente ans, Marie se dit guérie et, en fait, n'a plus ni obsessions, ni angoisse.

Enfin, le jeune frère, Conrad, a présenté au cours de son adolescence les mêmes traits de névrose obsessionnelle qui se sont accentués vers la vingtième année, entraînant des paroxysmes anxieux, avec impulsions, réactions agressives, aboutissant à un comportement schizophrénique qui nécessita un internement prolongé de vingt ans, le malade étant sorti il y a trois ans, pour un essai de resocialisation rurale. Mais cet état comportait une structure obsessionnelle, comme en témoignent ces traits typiques : « Un jour, alors qu'il était soigné en maison de santé, le malade est obsédé par le besoin d'uriner devant la Mère Supérieure, car il pourrait arriver un malheur à sa mère, et l'angoisse ne cède qu'après avoir rencontré la religieuse et, devant elle, uriné dans sa casquette. »

Ainsi, ces cas de névrose obsessionnelle comportent, au point de vue de leur caractère familial et de leurs particularités évolutives, des traits assez significatifs. A la même période de leur vie, dans l'enfance et l'adolescence, ces trois frères présentent un même comportement névrotique, aux inter-actions complexes, revêtant presque l'allure d'une organisation commune de défense, où apparaissent, au premier plan, des relations d'imitation et de compréhension mutuelles. Cependant, chacun d'eux gardait vis-à-vis des deux autres une réticence complète sur l'objet propre de leur angoisse, vécue autistiquement.

L'évolution dans chacun des cas est bien particulière. Chez Marie, on peut parler d'une crise névrotique qui s'est résolue, il y a bien réussite des rites conjuratoires, entraînant la disparition durable de l'activité obsessionnelle et la liquidation de l'angoisse, avec libération progressive et définitive des rites obsessionnels.

Chez Conrad, l'état obsessionnel n'a peut-être été que la préface d'un état schizophrénique, mais l'on peut se demander aussi si le comportement schizophrénique qui a imposé l'internement pendant plusieurs années, en raison de l'impulsivité et de l'agressivité du malade, n'était pas à base de structure névrotique, comme en témoignent les traits que nous avons cités.

Chez Laurent, enfin, le caractère dominant est l'évolution en deux crises espacées. Cet homme, après les manifestations névrotiques mineures de son enfance, présente deux crises anxieuses intenses, évoluant chacune pendant une année environ, mais entrecoupée d'une longue période de vingt-sept années, marquées par une latence morbide totale, et vécues par le sujet comme une réelle guérison. La seconde crise apparaît bien liée aux importants traumatismes affectifs que nous avons notés, et dont on ne peut méconnaître le rôle, au moins comme facteurs déclenchants. Et cette crise actuelle se présente, ainsi, comme un état disthymique, à dominante réactionnelle, réveillant l'activité obsessionnelle latente.

Si nous ne pouvons tenter ici une étude poussée du déterminisme de pareils accidents, nous devons retenir au moins les faits dont le rôle étiologique apparaît manifeste. D'abord, les traumatismes affectifs de l'enfance se révèlent au premier plan : le père, impulsif et alcoolique, la mère tyrannique, ont entretenu une atmosphère dramatique et provoqué des réactions de détresse, dont le souvenir réveille l'angoisse chez nos malades. Il est intéressant, en outre, d'observer que chez Marie et Laurent le Rorschach met en valeur une structure névrotique commune, avec une angoisse primitive importante, et un sentiment profond de culpabilité. L'image phallique est chez Laurent particulièrement angoissante, et nous avons vu quel rôle avait joué à l'origine de sa seconde crise l'idée de castration à la suite de l'orchite, et l'idée de culpabilité après son aventure extra-

conjugale. Mais, en même temps, le Rorschach révèle chez Marie des tendances extra-tensives, qui expliquent l'évolution favorable de sa névrose, alors que chez Laurent il révèle une introversion marquée.

Nous trouvons donc, en dehors de toute investigation analytique, qu'il eût été certes intéressant de poursuivre ici le rôle des traumatismes anciens et actuels dans l'éclosion et le déclenchement des crises obsessionnelles.

Enfin, en pratique, l'allure évolutive chez nos malades, surtout dans les deux premiers cas, présente des particularités qui sont loin de refléter la permanence de la classique maladie de Janet.

DISCUSSION

M. P. Léo. — Le cas présenté par l'auteur confirme l'impression ancienne, — accentuée depuis qu'on voit des malades de cure libre —, savoir, que la division traditionnelle des psychoses et des névroses est artificielle. Beaucoup de malades, en effet, qui sont des intermittents, présentent des psychoses à contenu névrotique, ce contenu ne paraissant être d'ailleurs qu'une manifestation de l'anxiété). Il convient de considérer ces maladies comme des psychoses intermittentes et de les traiter comme telles (c'est-à-dire par électro-choc), pour avoir des résultats rapides.

Cependant, si on pousse l'analyse psychologique, il est possible souvent de différencier ces faux états névrotiques de la psychasthénie de P. Janet. On trouve chez les premiers, au lieu de l'égoïsme habituel, un sentiment de sous-estimation, et souvent, au lieu de l'asthénie, une activité marquée, avec lever matinal. Ce sont enfin des malades qui ne paraissent pas se complaire dans leur maladie et qui souffrent de la gravitation dévouée des autres autour d'eux.

Syndrome rare d'automatisme mental chez une jeune fille de 15 ans, par MM. G. HEUYER, KLEIN et BOILEAU.

Il s'agit de l'observation d'une jeune fille, âgée de 15 ans, entrée dans le service le 22 novembre 1951, pour un syndrome (rare à cet âge) d'automatisme mental.

OBSERVATION. — Longiligne, asthénique, présentant un strabisme convergent bilatéral, sans autre dystrophie apparente, Simone B... présente, le 22 octobre, un épisode dit « grippal », traité par les sulfamides pendant quatre jours. C'est le jour même du premier lever que la famille est frappée par l'attitude anormale de l'enfant, qui parle et rit seule, se retourne en répondant à quelque interlocuteur invisible. Par ailleurs, le comportement demeure inchangé ; ces phénomènes entraînant l'hospitalisation le 22-11-1951, soit un mois après le début des troubles.

L'examen révèle un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations auditives thématiques ; injures : « ...poutasse..., tu es dans la merde... » ; menaces : « ...on va te sucer le sang... » ; ordres : « ...assieds-toi... ». Commentaires des actes, écho de la pensée et des paroles par une voix enfan-

tine que la malade reproduit d'une façon toujours identique. On retrouve également une dépossession du langage expressif, des actes (avec actes parasites, mouvements imposés, inhibés). Troubles cœnesthésiques, hallucinations génitales : « ...Ils me suçaient les seins, faisaient des saletés... » ; tactiles : « ...Je les sentais qui me soufflaient dans la figure, ou me donnaient des gifles... ».

Par ailleurs, on relève une débilité mentale, mais aucun élément thymique ou intellectuel en faveur d'un syndrome schizophrénique en cours. Le syndrome d'automatisme mental n'est pas réellement intégré à la personnalité. S'il entraîne la croyance en sa réalité, il n'a pas suscité d'organisation délirante et Simone, objet de persécutions, ne réagit pas en persécutée, ne vit pas son délire. La fréquence d'une participation affective intense chez les délirants débiles nous incite à mettre en doute, le rôle exclusif de la débilité, dans ce mode réactionnel paradoxal.

Dans les antécédents on relève : un premier développement psychomoteur qui aurait été normal ; un abandon lié à l'inconduite de la mère entre 1940 et 1945, pendant la captivité paternelle. La malade, très attachée à sa grand'mère maternelle, souffre d'être éloignée de celle-ci par le père en 1946.

Entre 1947 et 1950, le père signale trois poussées thermiques débutant vers 17 heures, cédant à l'aspirine, terminées le lendemain matin, s'accompagnant de phénomènes oniroïdes, sans aucun autre symptôme. Cet onirisme n'est pas apparu au cours de la dernière élévation thermique.

L'examen somatique met en évidence, en dehors du strabisme déjà signalé, une perte du balancement, à la marche, du membre supérieur gauche.

Les résultats biologiques (formule, numération, vitesse de sédimentation, Bordet-Wassermann, fond d'œil, examen du liquide céphalo-rachidien, de même l'électro-encéphalographie, et l'encéphalographie gazeuse sont normaux).

Les tests psychologiques donnent un niveau mental de 7 ans 9, avec grande dispersion au Binet-Simon, pour 15 ans d'âge réel. Bender, figure complexe, montrent une structuration très déficiente. Latéralité : normale ; les tests projectifs (D^r Delaveleye) : on retrouve au « T.A.T. » un aspect conflictuel, l'accent est mis surtout sur les blessures sanglantes. Dans le « Rorschach », on relève des persévérations, des réponses impulsives non contrôlées, provoquées par le rouge, des liens arbitraires établis entre les réponses par simple juxtaposition spatiale.

Dans les tests projectifs, comme à l'examen clinique, les pulsions ne s'expriment que dans le syndrome hallucinatoire et nullement dans le comportement.

Evolution dans le service : On assiste tout d'abord à une régression progressive du syndrome, diminuant de fréquence et d'intensité jusqu'à disparition totale en quinze jours environ, sans aucune thérapeutique. Puis apparition d'une nouvelle poussée thermique avec manifestations pulmonaires et retour des phénomènes d'automatisme mental dans leur aspect antérieur.

Sous l'influence du traitement, les signes pulmonaires disparaissent en quelques jours, mais un état subfébrile et hallucinatoire persiste après vingt jours de traitement (température oscillant entre 37°3 et 37°9) par les thérapeutiques habituelles (septicimine et antibiotiques).

Conclusion. — En résumé, il s'agit d'un syndrome d'automatisme mental, apparu chez une jeune fille de 15 ans, débile, et qui semble lié à un processus encéphalitique, évoluant par poussées hyperthermiques successives. Le pronostic de cette affection nous paraît sombre, et il demeure extrêmement réservé.

Election de deux membres titulaires

Après lecture d'un rapport de M. X. ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. DAVID, CHANÈS et X. ABÉLY, rapporteur, sont élus *membres titulaires* de la Société : MM. les D^{rs} BOREL, par 20 voix, et HÉCAEN, par 18 voix, sur 20 votants.

La séance est levée à 18 heures 20.

Le secrétaire des séances :

P.-A. CHATAGNON.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 6 décembre 1951

Présidence : M. Ivan BERTRAND, président

Sur les faux syndromes de localisation dans les tumeurs cérébrales,
par MM. Th. ALAJOUANINE, J. CÉLICE, P. CASTAIGNE et B. PERTUISSET.

Observation d'un méningiome frontal associant à une hémiparésie gauche une hypoesthésie faciale, une hypoesthésie maxillaire supérieure, une paralysie du VI^e gauche. Stase papillaire. Localisation faite par l'électro-encéphalogramme, qui montrait des ondes lentes frontales gauches. La ventriculographie montre une disparition de la corne frontale gauche. Cas très démonstratif de compression à distance.

Abcès cérébral et tétralogie de Fallot,
par MM. H. ROGER, Y. POURSIÈS et J. ROGER (de Marseille).

Chez un jeune homme de 18 ans, atteint de cyanose congénitale reconnue comme dépendant d'une tétralogie de Fallot, s'installent rapidement une confusion mentale fébrile agitée avec hallucinations auditives, hémiparésie droite discrète avec aphasie et surtout un syndrome méningé clinique et biologique (126 éléments dont 50 % de polys) ayant simulé une méningite tuberculeuse. L'autopsie découvre un abcès occupant la profondeur du lobe temporal dans le territoire de l'artère temporale postérieure, affleurant par certains endroits la corticalité, et confirme le substratum anatomique de la maladie de Fallot.

Tremblement d'attitude apparu au cours de l'évolution d'un volumineux méningiome de la faux. Amélioration très importante après l'intervention, par MM. M. BONDUELLE, G. GUIOT et P. BOUYGUES.

Au cours d'un volumineux méningiome de la faux avec syndrome pyramidal bilatéral, apparition d'un tremblement très particulier : tremblement intentionnel apparaissant principalement dans le maintien volontaire de l'attitude. Absence de tout mouvement anormal dans le relâchement musculaire quelle que soit la position du membre, absence d'irrégularité du mouvement volontaire lorsque celui-ci est rapide. L'origine en serait dans les noyaux gris centraux. Tremblement très amélioré par l'intervention.

Etude des lésions cérébrales de l'anoxie au cours des paralysies respiratoires, par MM. Th. ALAJOUANINE, J. BERTRAND, P. CASTAIGNE, J. GRÜNER et J. PECKER.

A côté des lésions cérébrales de l'affection causale, il existe des lésions anoxiques à proprement parler qui sont des lésions cellulaires avec des raréfactions particulièrement visibles au niveau de la corne d'Ammon. Il ne s'agit pas de lésion inflammatoire. Des phénomènes semblables s'observent dans des cas où l'anoxie est le seul phénomène générateur de lésions.

Graves séquelles neurologiques d'une anoxémie par arrêt du cœur au cours d'une anesthésie, par MM. M. BONDUELLE, P. ESTÈVE, R. HOUDART, F. VERLAC.

Anoxie cérébrale consécutive à un arrêt du cœur d'une dizaine de minutes. Dans les jours suivants, rigidité décérébrée et signes végétatifs graves. Evolution lentement régressive. De graves séquelles persistent au 5^e mois, où la conscience est élémentaire. L'électro-encéphalogramme montre une perturbation complète des tracés.

Hémiplégie infantile consécutive à l'opération des amygdales. Ablation des cicatrices cérébrales. Aggravation, par MM. H. BARUK et YOUNO-VITZKI.

Résultats de l'ablation des cicatrices cérébrales suivant la technique de Klein chez une enfant de 9 ans atteinte d'hémiplégie infantile avec athétose après amygdalotomie. Quelques mois après l'opération, l'enfant est devenu épileptique et l'est resté. L'athétose a beaucoup augmenté et la contracture a pris une forme extra-pyramidale. En résumé, l'état de l'enfant s'est aggravé à la suite de cette opération, décidée d'ailleurs par la famille contre l'avis du médecin. Antérieurement, l'état de l'enfant avait été amélioré par l'ionisation calcique suivant la méthode de Bourguignon.

Dégénérescence hépato-lenticulaire chez le frère et la sœur. Biopsie du foie. Etude des acides aminés, par MM. P. NAYRAC, HOUCKE, BIZERTE et RABACHE.

Deux cas de maladie de Wilson caractéristique chez le frère et la sœur. L'atteinte histologique du foie (étudié après ponction-biopsie) est nette dans les deux cas, mais différente. Chez la fille, prédominance sur le tissu interstitiel, qui est hypertrophié. Chez le garçon, les cellules hépatiques sont le siège d'une surcharge graisseuse ; chez ce dernier, il existe des signes biologiques d'insuffisance hépatique. La chromatographie des urines montre une forte amino-acidurie avec importante quantité de cystine et de diaminés. Le diparcol a une action intéressante sur l'hypertonie et les spasmes.

Epilepsies en foyer de l'enfant,
par MM. J. PAILLAS, R. VIGOUROUX, M^{mes} A. ROGER et M. VIGOUROUX.

Etude statistique de 235 cas d'épilepsie chez l'enfant, classés suivant l'étiologie prénatale, lors de la naissance, ou post-natale, suivant l'existence

ou non de signes radiologiques et enfin les caractères électro-encéphalographiques.

Un cas de chorée traité par cortisone. par M. BOUDIN.

Observation d'un cas de chorée très amélioré par un traitement de cortisone.

Myoclonies vélo-palato-linguo-hyoïdiennes et des membres supérieurs, associées à des crises comitiales, à des signes para-basedowiens et à une arachnoïdite opto-chiasmatique, par MM. E. KREBS, R. MESSIMY et M. FELD.

Chez un homme jeune, les myoclonies des membres supérieurs, jointes à une discrète exophtalmie, à une tachycardie avec hypertension légère, avaient fait poser le diagnostic de Basedow. Une hémithyroïdectomie fut suivie peu après de crises comitiales dont le caractère évoque une origine diencephalique possible. Les auteurs insistent sur le caractère inhabituel de ce groupement symptomatique, pour lequel aucune étiologie précise ne peut être affirmée.

Provocation de comportements émotionnels divers par stimulation rhinencéphalique chez le chat avec électrodes à demeure, par MM. H. GASTAUT, R. VIGOUROUX, R. NAQUET et J. CORRIOL.

Après avoir décrit la technique et les résultats de leurs expériences, les auteurs concluent que le rhinencéphale joue un rôle capital dans l'élaboration du comportement émotionnel. Sa stimulation provoque des manifestations désagréables : inquiétude, alerte, colère. Le rhinencéphale est en relation avec l'ensemble des effecteurs, tant de la vie de relation que de la vie végétative ; son action sur ces structures effectrices se fait par l'intermédiaire des voies de projection classique du rhinencéphale, à partir des formations olfactives de la base, de l'amygdalum et de l'hippocampe, sur le diencephale, le mésencéphale et le cortex télencéphalique.

Hernie discale cervicale rappelant la sclérose latérale amyotrophique avec signes aberrants, par MM. L. ROUQUÈS, M. DAVID et SORS.

Observation d'une hernie du disque C5-C6 qui se traduit par une amyotrophie diffuse des membres supérieurs avec fibrillation dans tous les muscles du corps et paralysie vélo-laryngée. Ce n'est qu'au bout de deux ans et demi qu'apparurent des douleurs et des troubles localisés de la sensibilité objective. L'épreuve manométrique et l'albuminorrhachie étant encore normales, la radiographie et l'examen lipidolé firent le diagnostic. La paralysie vélo-laryngée semble dépendre plus d'un retentissement bulbaire que de l'atteinte de la racine médullaire du spinal. La compression de l'artère spinale antérieure, ayant peut-être un territoire anormalement développé, paraît être la cause des fibrillations diffuses.

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 21 janvier 1952

Présidence : M. DUBLINEAU président

Etude d'une classe de dyslexiques, par M. Clément LAUNAY.

L'auteur a étudié 27 enfants de 6 à 7 ans qui, après un ou deux ans de fréquentation d'école maternelle, avaient été distancés dans la lecture malgré un niveau mental normal. Ces enfants étaient groupés dans une classe spéciale. Seize d'entre eux présentaient des erreurs de lecture et d'écriture que l'auteur rappelle (inversion des lettres symétriques, transposition de lettres, inversion haut-bas, modification du sens de l'écriture, erreurs phonétiques). Les onze autres enfants n'étaient pas de vrais dyslexiques (amblyopes, débiles mentaux, instables, etc...).

L'auteur estime que les erreurs ci-dessus signalées ne sont pas caractéristiques de la dyslexie (les travaux américains les signalent chez 60 % des enfants de 5 ans, mais elles sont corrigées par une pédagogie de quelques mois). Le retard du langage, qui était net chez quatorze enfants, semble également très important à Mme Borel-Maisonny. Ce retard peut être manifeste ou décelé par l'étude de l'articulation et des répétitions de syllabes. L'étude de la dominance latérale montre que les dyslexiques peuvent sans doute être des gauchers francs, mais ils sont parfois droitiers. La gaucherie oculaire a été étudiée par l'épreuve de lecture de lettres dans les deux sens ; elle semble jouer un rôle important.

En conclusion, l'auteur insiste sur les difficultés du pronostic à cause des complications affectives. Il rappelle l'étude génétique de Hallgreen, qui porte sur 267 cas d'hérédité dyslexique, selon lui dominante et indépendante du sexe.

Réflexologie conditionnelle expérimentales et pédagogie de la dyslexie, par MM. J. DUBLINEAU et ANGELERGUES.

Chez les dyslexiques, la gaucherie se situe sur un plan typologique. Elle doit être étudiée comme un trouble temporo-spatial. Elle s'associe à des troubles du caractère, explosivité et lenteur : c'est une dysrythmie évolutive. Les auteurs décrivent une typologie particulière, de rétractation (visage en lame de couteau, dos droit, thorax haut) ; dans les antécédents de ces enfants, ils signalent des ictères et des ulcères gastriques.

Les auteurs ont étudié les épreuves de conditionnement chez deux de ces enfants : les réponses conditionnelles sont précises, mais retardées avec opposition (réaction de compensation).

S. LEBOVICI.

Groupement français du Rorschach (1)

Président : M. le professeur D. LAGACHE.

Vice-président : M. le Dr DUBLINEAU.

Secrétaire général : Mlle BEIZMANN.

Séance du 15 janvier 1951

Présidence : M. D. LAGACHE, président

Confrontation de deux protocoles avant et après lobotomie, par M^{me} le Dr VIOLET-CONIL.

Cette confrontation permet d'apprécier le degré exact d'amélioration du comportement, observée chez le malade après l'opération. La formule de résonance intime reste extratensive mais se dilate ; le nombre des réponses augmente considérablement, surtout aux planches en couleur ; la vie intérieure se consolide, ainsi que l'intelligence, mais l'adaptation sociale demeure insuffisante (impulsivité). En conclusion, cette évolution présente des analogies avec le développement de l'enfance vers l'adolescence ; elle indique l'évolution du moi vers l'égoïsme et l'organisation.

Séance du 19 février 1951

Présidence : M. J. DUBLINEAU, vice-président

Comparaison de deux protocoles avant et après mariage, par M^{mo} et M. ANZIEU.

Etude, à propos d'un cas, de la répercussion du mariage sur la structure et l'évolution de la personnalité. Le premier protocole contient tous les signes classiques de l'anxiété, une perturbation affective liée aux problèmes sexuels (fixation œdipienne) et une structure hystérique. Le second protocole est ambigu : le renversement du type de résonance intime peut signifier une rééquilibration de la personnalité par la libération des possibilités constructives de l'individu, l'intégration de la sexualité, le contrôle de la pensée dans l'organisation de l'existence ; mais des symptômes pho-

(1) Ce groupement a son siège, 41 rue Gay-Lussac, Paris 5^e. Le bulletin du groupement (Rédacteur : D. ANZIEU) paraîtra prochainement.

biques, une perte de contact avec le milieu environnant, les sentiments d'insécurité et de dévalorisation feraient penser à une introversion pathologique et mettrait à jour une structure schizoïde pré-œdipienne.

Séance du 16 avril 1951

Présidence : M. MORALI-DANINOS

Les Rorschach des jeunes voleurs, par M. ZULLIGER, rapport bibliographique, par M. SALOMON.

M. Zulliger a fait son travail sur 75 cas, pour certains desquels il possède plusieurs protocoles. Il dégage un syndrome du voleur : confabulation, égo-centrisme, succession relâchée, peu de réponses humaines, beaucoup d'anatomies et souvent des Db1.

Séance du 18 mai 1951

Présidence : M. D. LAGACHE, président

Articles parus sur le Rorschach (1949), rapport bibliographique, par M. le Dr DELAVELAYE.

Le rapporteur présente l'article de Cronbach, qui critique l'insuffisance statistique de tous les travaux antérieurs sur le Rorschach ; une série de recherches sur l'élaboration perceptive chez le normal et le malade mental, à l'aide du Rorschach simple ou achromatique, ou présenté au tachistoscope ; une vue sur les principaux types d'applications cliniques du test : dépistage grossier, diagnostic individuel, lois du développement normal.

Séance du 18 juin 1951

Présidence : M. D. LAGACHE, président

Les modalités du jugement dans le Rorschach, par M^{lle} R. STORA.

L'auteur présente les premières hypothèses auxquelles est arrivé un groupe de travail qui s'est constitué, sur la signification des verbes et

expressions personnelles dans les protocoles. Les méthodes statistique et clinique sont employées conjointement. Onze modalités sont déjà isolées : *on dirait, on aurait dit, ça a la forme de, oui* répété, doute, réflexions sur les taches, entrée en matière ludique et exclamative, modalités opposées, remarques *symétrie*, auto-références actives ou introspectives, obligation.

Séance du 17 octobre 1951

Présidence : M. D. LAGACHE, président

Articles parus sur le Rorschach (1949-1951), rapport bibliographique,
par M. ANZIEU.

Le rapporteur analyse une trentaine d'articles sur les sujets suivants : historique du test, notation (méthode graphique), interprétation de l'intelligence, des réponses-mouvement, du contenu, validation statistique, application à la psychologie génétique, différentielle, génétique, pathologique.

Le traité de Rorschach de Bohm, rapport bibliographique, par M. SALOMON.

Le rapporteur résume l'ouvrage de Bohm et donne quelques tableaux des signes qui, d'après l'auteur, permettent au rorschachien de diagnostiquer les principales affections mentales.

Séance du 21 novembre 1951

Présidence : M. J. DUBLINEAU, vice-président

Observations relatives à l'application du Rorschach à des noirs d'A.O.F.,
par M^{lle} BARBE.

L'auteur fournit d'abord une bibliographie commentée sur l'étude des primitifs par le Rorschach (Hallowell, Mead, Cora du Bois, Hunter) et en tire la conclusion que le primitif donne en général peu de G et beaucoup de Dd. Elle présente ensuite les résultats de son travail sur les adolescents du lycée de Dakar, les étudiants noirs de Paris, les tirailleurs sénégalais de Marseille, mettant en évidence la lenteur des réponses, le grand nombre des refus, des Dd, Dbl, Do, C', les influences culturelles et géographiques sur le contenu (pas de figures féminines, flore et faune africaines, mutilations).

Séance du 19 décembre 1951

Présidence : M. D. LAGACHE, président

Un type clinique dans le Rorschach (première partie),
par M^{me} le Dr VIOLET-CONIL.

L'auteur présente le tableau clinique de l'« abandonnique », caractérisé par son angoisse plus ou moins inconsciente, son agressivité intense, sa relation sado-masochiste à l'entourage, un reliquat de pensée magique.

Séance du 16 janvier 1952

Présidence : M. J. DUBLINEAU, vice-président

Un type clinique dans le Rorschach (deuxième partie),
par M^{me} le Dr VIOLET-CONIL.

L'auteur présente les signes qui permettent un diagnostic différentiel de la névrose d'abandon par le Rorschach : grand nombre des réponses, des kinesthésies, des estompages, des formes-couleurs ; faible pourcentage des G et des F+ ; contenu dysphorique, sado-masochiste des réponses (grand nombre des anatomies-viscères) ; figures humaines déformées, où la kinesthésie est mêlée de composantes chromatiques. Trois exemples.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 15 décembre 1951

Présidence : M. J. LAMSENS, président

Syndrome de Cotard curable, par M. J. TITECA.

Présentation d'une malade de 64 ans, qui fut soignée une première fois en 1945 pour état mélancolique avec syndrome de Cotard tout à fait typique. Elle a guéri en quatre mois à la suite de deux séries d'électro-chocs, et s'est comportée d'une manière absolument normale pendant six ans. Elle présente depuis quelques semaines un nouvel état mélancolique compliqué

du même délire de négation, d'immortalité et d'énormité. Ce cas prouve une fois de plus que le syndrome de Cotard n'implique pas toujours un pronostic d'incurabilité.

Les troubles de l'image du corps, par M. E. CARP (de Leyden).

Dans une brillante conférence, le professeur Carp montre comment se développe, par l'interprétation de nos expériences émotives, l'image de notre corps, la conscience de notre corps, et comment nous nous en servons pour nous exprimer, pour nous représenter l'espace. Cette image est l'expression d'un moi strictement individuel ; nous donnons une interprétation anthropomorphique de notre propre corps comme de tout ce qui nous entoure, et nous exprimons ainsi le problème de notre existence.

L'image de notre corps a une qualité tout autre pour le moi que le miroir ou la photographie.

Des lésions très diverses peuvent déterminer des troubles de l'image du corps, mais ces troubles dépendent toujours d'une sensation de dépersonnalisation. L'orateur en donne divers exemples et montre qu'une moitié du corps peut être exclue de la réalité et éprouvée comme un second moi, comme un double. Il discute les interprétations qui ont été données de ces hémiasomatognosies d'origine psychique, les explications psychanalytiques des stades du développement du moi corporel, et montre enfin que le problème du double se retrouve dans toute la littérature.

Le phénomène du double est en relation avec la mort, car il constitue une menace pour le malade ; la haine du double est la haine d'une partie de soi-même et l'on peut voir des tentatives de suicide qui sont des tentatives de meurtre du double.

Les attitudes de sympathie et d'antipathie sont souvent des relations ambivalentes issues du narcissisme, et elles peuvent passer chez le même sujet d'un extrême à l'autre. L'orateur termine en analysant les sentiments de peur qu'on peut éprouver de se connaître. Se pencher trop en soi-même, se voir, est une chose dangereuse : la connaissance de soi est un danger mortel.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 19 novembre 1951

Présidence : M. J. TITECA, président

Les réponses sensorielles de l'écorce cérébelleuse, par M. F. BREMER

La possibilité d'exciter le cervelet par des stimuli sonores, visuels, tactiles, qui ont fait découvrir dans cet organe une aire auditive, une aire

visuelle, des foyers de projection de fibres tactiles et proprioceptives, des membres et de la tête ; le fait qu'en excitant l'écorce cérébrale la méthode oscillographique met en évidence des foyers de projections cortico-cérébelleuses dans les mêmes aires, tout cela démontre que la conception d'un paléo-cervelet à afférences strictement spinales est fausse. La notion de paléo-cervelet ne reste valable qu'au point de vue des afférences.

Avec *Mlle Bonnet*, l'auteur a étudié la forme de la réponse oscillographique, la possibilité de la modifier (par la strychnine notamment), les interférences des influx tactiles, les phénomènes de sommation d'influx, les réponses des tubercules quadrijumeaux par les mêmes stimuli, l'excitation du bout central du vague, qui trouve également sa projection dans le lobe antérieur du cervelet.

Le cervelet, organe fondamentalement moteur, est donc également un point de convergence d'influx divers, un appareil de diffusion et de sommation d'influx.

La formation réticulée du tronc cérébral et la physiologie du sommeil, par M. Carlo TERSUOLO.

L'étude neuro-physiologique de l'état vigile et du sommeil a montré que le réveil électrique du cortex est dû à l'action exercée sur lui par la formation réticulée du tronc cérébral. L'auteur rappelle les données expérimentales qui le démontrent, et qui ont été confirmées par les recherches les plus récentes. Cette notion cadre avec les lésions de la région centrale du tronc cérébral observées chez l'homme dans les maladies accompagnées de somnolence pathologique. A la lumière de tous ces travaux, il apparaît que le problème physiologique du sommeil est essentiellement un problème de réveil : le diencéphale et le cortex, privés de toutes leurs afférences (parmi lesquelles les plus importantes sont celles que relaye la formation réticulée), présentent l'état fonctionnel caractéristique du sommeil.

Recherches expérimentales sur la physiologie des voies vestibulaires, par M. J. VAN LAERE.

L'auteur a réalisé chez le lapin des lésions des différents noyaux vestibulaires et des lésions du faisceau longitudinal postérieur à divers niveaux afin de préciser les connections vestibulo-médullaires, vestibulo-oculaires et vestibulo-thalamo-striées. A la lumière de ses résultats, dont il présente le film, il interprète les réactions observées et confirme notamment dans leur ensemble les hypothèses de Muskens. Les mouvements de rotation et de manège observés sont des phénomènes de prédominance du système sain, grâce aux connections croisées. Sur les voies vestibulaires centrales, les réactions sont dissociées en raison de l'épanouissement du faisceau longitudinal postérieur.

J. LEY.

Séance du 15 décembre 1951

Présidence : M. J. TITECA, président

**Première observation belge du status Bonnevie-Ulrich,
par M^{lle} E. VAN GEERTRUYDEN.**

Relation du cas d'une fillette de 11 ans ayant présenté de la tuméfaction œdémateuse à la naissance et ultérieurement un retard du développement psycho-moteur. La croissance a été retardée pendant la première année. Les radiographies montrent des anomalies osseuses, notamment l'absence de la 2^e côte, complète à droite, partielle à gauche.

On constate en outre du nanisme, des dystrophies faciales, du ptérygion, des anomalies pileuses. Un film illustre cette description.

**Sur une forme congénitale et familiale de sclérose musculaire généralisée
avec blépharoptose, par M. A. LOEWENTHAL.**

Quatre enfants d'une même famille (Cor...) présentent une contracture bien aux régions distales que proximales. Les mouvements de la colonne sont limités.

L'articulation temporo-maxillaire est libre. La peau présente de la cyanose, de l'œdème, des indurations, des modifications du tissu adipeux. L'examen électrique montre une très légère augmentation de la valeur des chronaxies, mais une forte diminution de l'amplitude de la contraction. Deux enfants sur quatre présentent une ptose palpébrale. L'affection est évolutive.

Myosite ossifiante (maladie de Munchmeyer) et syndrome trophonévrotique terminal, par M^{me} M. A. RADERMECKER et M. L. VAN BOGAERT.

Chez un sujet appartenant à une famille bien portante se produit, à l'âge de 13 ans, à l'occasion d'une luxation cubitale réduite, une ankylose du coude qui s'établit avec une rapidité inusitée et demeure irréductible. Depuis cette époque, les chocs les plus minimes entraînent, au niveau des muscles intéressés par le traumatisme, la production de masses ossifiées, dont le développement produit une limitation fonctionnelle fort pénible. De nombreux muscles et articulations s'entreprennent successivement.

L'examen radiologique montre que les territoires ossifiés dépassent largement les anciennes zones traumatisées. Cette première période de la myosite ossifiante s'étend sur une trentaine d'années. La seconde période, qui comporte un processus trophonévrotique et neurologique, s'étend sur quatre ans : elle comporte une polynévrite très douloureuse avec ulcérations et troubles trophiques cutanés, aréflexie tendineuse progressive, abolition des réflexes pupillaires à la lumière.

Après étude des diverses biopsies et discussion des cas de la littérature, les auteurs concluent notamment que la myosite ossifiante progressive de Munchmeyer n'est pas une « myopathie ostéoblastique », ni une maladie inflammatoire du muscle à séquelles osseuses. C'est une « métaplasie ossifiante du conjonctif ».

Sur la myosclérose hérédo-familiale,

par MM. J. CORDIER, A. LOEWENTHAL, M^{me} M. A. RADERMECKER et L. VAN BOGAERT.

Dans une famille (Duc...) sans aucun lien de consanguinité avec la famille Cor..., décrite par M. A. Loewenthal, le père et le fils sont atteints de sclérose musculaire généralisée. La limitation des mouvements atteint surtout les articulations proximales ; les deux malades présentent une cyphoscoliose et, à la flexion de la tête en avant, apparaît un pseudo *pterygium coli*. Chez le père, il y a une atteinte des muscles de la langue, du pharynx, du larynx. Le fils présente des signes d'hérédo-ataxie : mains bottes, pieds creux et pâleur papillaire. L'examen électrique est superposable à celui des cas de M. A. Loewenthal et l'affection est évolutive. Les biopsies musculaires montrent des lésions histologiques exactement superposables dans les deux familles, mais le processus est surpris à un stade plus avancé chez le père de la famille Cor... Les auteurs en donnent une description détaillée. Il n'y a pas de lésions des nerfs ou des artères. Il ne s'agit certainement pas de myopathie. Les auteurs exposent les raisons pour lesquelles ces myoscléroses hérédo-familiales paraissent avoir des rapports génétiques avec le groupe des phacomatoses d'une part et avec celui des hérédo-ataxies d'autre part. Ces cas sont peu connus dans la littérature ; c'est pourquoi les auteurs ont cru devoir les publier, en dépit de l'absence d'explication physico-pathologique. Comme dans les myopathies, il existe dans ces atrophies musculaires progressives des troubles cutanés et des modifications de la répartition de la graisse, symptômes qui pour être, dans ces cas, moins apparents, n'en montrent pas moins que la pathologie musculaire — qu'on l'observe sous l'angle métabolique ou sous l'angle morphologique — ne peut pas être considérée indépendamment de la pathologie cutanée et adipeuse.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Les tics chez l'enfant, par Serge LEBOVICI (1 vol., in-12, 134 pages, in collection « Paideia », Presses universitaires de France, Paris 1952).

Après un historique des études antérieures sur les tics et, en particulier, de l'exposé classique d'Henry Meige et Feindel, M. Serge Lebovici définit les tics comme des mouvements involontaires, brusques et soudains, rapides, répétés, présentés par un groupe ou des groupes de muscles en liaison fonctionnelle et ayant perdu toute utilité si, à l'origine, ils en avaient une. Fréquents chez l'enfant, particulièrement chez les garçons, et surtout à l'époque de la puberté, et dans des familles névropathiques, les tics, dont l'auteur donne de nombreux exemples et indique les principales variétés, présentent des caractères généraux tels que la brusquerie, la systématisation, l'inopportunité, la stérilité, la variabilité.

M. Serge Lebovici expose ensuite comment il doit être précédé à l'examen de l'enfant tiqueur : interrogatoire des parents, étude clinique directe des tics de l'enfant, examen médico-psychologique proprement dit (niveau mental, tests affectifs, recherche de la genèse des mouvements, de leurs causes mécaniques ou psychologiques, toujours multiples et souvent imprécises). Il classe ces enfants en trois catégories (instabilité psychomotrice, hystérie infantile, hyperémotivité) et rappelle les épreuves les plus habituellement utilisées pour les tests affectifs. L'examen clinique sera complété par l'étude séméiologique des mouvements et par l'examen neurologique du tiqueur, en particulier par la recherche du syndrome de débilité motrice décrit par E. Dupré.

Après des chapitres consacrés à l'évolution si variable des tics, et au diagnostic différentiel qui ne présente pas actuellement de bien grandes difficultés, l'auteur s'attache, dans un important chapitre de psycho-pathologie, à l'étude de la personnalité de l'enfant tiqueur, de ses relations familiales et des conflits dont elles peuvent être l'origine. Recherchant la psychogénèse de ces tics de l'enfant, il rappelle l'importance attachée par les premiers observateurs, en particulier par Brissaud, Henry Meige et Feindel à l'état mental des tiqueurs, à son analogie avec celui des obsédés et pose la question de la valeur en quelque sorte symbolique des tics, de leur signification psychologique. Rappelant que l'école de Brissaud considéra les tics comme des phénomènes corticaux, il conclut que cette opinion ne semble

plus pouvoir être admise entièrement et estime que les théories modernes considérant les tics comme résultant d'une maladie globale psycho-somatique concordent mieux avec l'analyse des faits. Il donne des tics la classification psycho-pathologique suivante : 1° tics dans les faits organiques (encéphalites) ; 2° tics des idiots et des déments ; 3° tics des instables psychomoteurs ; 4° tics, passagers ou chroniques, qui sont l'essentiel du tableau clinique.

De cette classification découlent les possibilités et l'orientation de la thérapéutique. L'auteur décrit successivement les traitements généraux et médicamenteux, le traitement moteur, la psychothérapie dont il considère la psychanalyse comme l'élément essentiel, qu'il s'agisse de la psychanalyse aujourd'hui classique proprement dite, de psychothérapies courtes (en particulier, mais seulement après l'âge de 10 ans, de la narco-analyse) ou de psychothérapies de groupe (en particulier des psychanalyses « dramatiques » de groupe). Sans dissimuler cependant combien variables sont les résultats obtenus, constatation heureusement tempérée par celle de la fréquence d'évolutions spontanées vers la guérison.

En terminant cette excellente mise au point d'une importante question de neuro-psychiatrie de l'enfance, M. Serge Lebovici insiste sur l'importance du diagnostic précoce de ceux des tics de l'enfant, qui sont le « signal symptôme » d'une psycho-névrose obsessionnelle.

René CHARPENTIER.

PSYCHOTECHNIQUE

Méthodologie psychotechnique, par Henri PIÉRON, Pierre PICHOT, J-M. FAVERGE et Jean STORZEL. **Livre II du Traité de psychologie appliquée**, publié sous la direction de Henri PIÉRON, professeur au Collège de France (1 vol. in-8°, 340 pages, Presses universitaires de France, Paris 1952).

Ainsi que l'écrit le professeur Henri Piéron dans l'introduction du premier volume de ce *Traité de psychologie appliquée*, le domaine des applications psychologiques fondé sur l'appréciation des capacités humaines, dont l'inégalité est un fait évident, est particulièrement large. Après avoir, dans un premier volume consacré par le professeur Henri Piéron à la psychologie différentielle (paru en 1949, et dont nous avons ici-même (1) signalé l'importance) examiné ce que, dans l'état actuel des recherches scientifiques, nous savons du rôle de l'hérédité et du milieu dans les inégalités et les différences des hommes, de l'existence réelle d'aptitudes foncières à l'origine des différences constatables de capacité, et de la constitution de véritables types humains en envisageant l'influence du sexe ou de la race, ce deuxième volume expose les principes et les moyens de la méthodologie psychotechnique.

Le *premier chapitre* de ce deuxième volume en occupe 240 pages, c'est-à-dire presque les trois quarts. Dû également au *professeur Henri Piéron*, il est consacré aux méthodes expérimentales et à la psychométrie. Si, depuis bien longtemps, il est fait usage de psychométrie, sans le savoir, ce n'est que depuis peu, sous l'influence de la psychotechnique, que l'on

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, mai 1949, pages 509-510.

s'est préoccupé sérieusement de la validité des méthodes employées, du degré de confiance qu'elles méritent, des progrès techniques à leur apporter. L'étude de la docimologie, branche de la méthodologie psychotechnique que le perfectionnement de ses méthodes tend à rapprocher de la psychométrie, conduit à l'examen des méthodes de tests et de l'application de ces méthodes.

Après avoir exposé ensuite la signification et l'utilisation des épreuves et des mesures, le choix des échantillons de référence pour l'emploi des étalonnages, M. Henri Piéron passe en revue les grandes catégories des tests, leur fonction, les efforts en vue de l'établissement de méthodes d'analyse factorielle, les modalités de constitution et de présentation des divers tests. Procédant à un inventaire général des tests, il décrit successivement les échelles (en premier lieu celles de Binet et Simon) et les batteries de tests prenant leur point de départ dans les échelles de développement, les tests sensoriels, les tests perceptifs, les tests moteurs et sensori-moteurs, les tests d'efficiency (attention), les tests d'observation, d'appréhension et de mémoire, de représentation, de visualisation spatiale et d'imagination, de capacités verbales, d'habileté mentale (intelligence), de caractère et d'affectivité. Une importante bibliographie termine ce remarquable exposé, illustré de 35 figures.

Le deuxième chapitre, qui traite des *méthodes d'investigation de la personnalité*, a été confié à M. P. Pichot qui, après avoir rappelé les principales définitions de la personnalité, cite comme la plus classique, celle d'Allport, pour qui la personnalité est l'organisation dynamique dans l'individu des systèmes psychologiques, qui détermine ses adaptations propres vis-à-vis du milieu. Admettant avec Eysenk, à la suite de Mac Kinnon, que la personnalité est la totalité intégrée du caractère du tempérament, de l'intellect et du physique, il rappelle qu'il est cependant de tradition, lorsqu'il s'agit de méthodes d'exploration, de restreindre la personnalité à ses aspects non cognitifs. Il passe en revue les différentes méthodes d'investigation de la personnalité, classées en tests analytiques de personnalité dont il envisage successivement les méthodes d'observation, les questionnaires, les épreuves objectives, et en tests syncrétiques ou techniques projectives, dont il précise les fondement théoriques, les caractères généraux, les techniques, les limites. Après une classification de ces méthodes projectives, dont il résume les principales méthodes : méthodes constitutives (test de Rorschach, images de nuages de Stern, tautophone), méthodes constructives (test mosaïque de Lowenfeld, tests de poupées, marionnettes, théâtre), méthodes interprétatives (T.A.T. de Murray, test de Symonds, test de Szondi, test de frustration de Rosenzweig), méthodes de création artistique, méthodes de complément (test d'association de mots de Jung, test de complément de phrases, test de Wartegg), méthodes cathartiques (graphologie, psychodiagnostic myokinétique de Mira y Lopez, étude du langage). Devant le nombre des types d'épreuves et l'impossibilité souvent de déterminer quel aspect de la personnalité elles explorent, M. P. Pichot conclut que les plus valables sont les épreuves les plus objectives, tant dans leur administration que dans leur mode de cotation. Une bibliographie complète ce deuxième chapitre.

Mais la méthode statistique peut permettre une analyse de la validité des épreuves et c'est à l'emploi des *méthodes statistiques* qu'est consacré, par M. J.-M. Faverge, le troisième chapitre. L'auteur, après avoir indiqué comment à chaque élément des ensembles ou populations rencontrés en psycho-

logie appliquée peuvent être associées une valeur d'une variable (ou plusieurs variables), à laquelle on peut faire correspondre un nombre entier dit effectif ou nombre de répétitions, étudie d'abord les distributions à une seule variable et ensuite les distributions à plusieurs variables. La fidélité d'un test et d'un critère étant une condition nécessaire, mais non suffisante, de validité, il indique comment, en psychotechnique, doit être recherchée la validité d'une batterie de tests relativement à un critère donné. Le chapitre se termine par l'étude de l'analyse factorielle, méthode dont le but est d'expliquer une table d'intercorrélations à l'aide d'un certain nombre de facteurs communs (équations factorielles, méthode d'analyse de Spearman, méthodes d'analyses bifactorielles, estimation des facteurs).

Dans le quatrième et dernier chapitre, M. J. Stoetzel s'attache à l'étude de ce problème, récent en psychologie scientifique, qu'est la *connaissance des opinions* et tout d'abord à ses méthodes, les unes visant les opinions dans l'individu, d'autres visant les opinions dans le groupe, d'autres enfin répondant à des problèmes d'analyse et de synthèse. L'exposé des théories diverses, des aspects sociologiques et psychosociaux des opinions, des nombreuses applications de ces études en sociologie et en psychologie sociale, souligne que le développement de cette discipline nouvelle, dont l'auteur retrace l'histoire, est avant tout un processus social. Importante bibliographie.

L'important *Traité de psychologie appliquée*, publié sous la direction du professeur Henri Piéron, et dont ce volume est le livre II, en comprendra VII. Les cinq livres restant à paraître traiteront de l'utilisation des aptitudes, de la formation éducative, du maniement humain, de l'hygiène mentale et des règles de vie, des domaines sociaux d'application. Il serait superflu d'en souligner le grand intérêt théorique et pratique.

René CHARPENTIER.

Composantes et facteurs. Méthodes pour le dégagement des concepts généraux en psychologie quantitative, par P. NAYRAC, professeur à la Faculté de médecine de Lille (1 vol., in-8°, 104 pages, 22 figures, Hermann et C^{ie} éditeurs, Paris, 1951).

Dès l'abord, l'auteur avertit le lecteur que ce livre, qui vise à l'exposé des grandes idées directrices en psychologie quantitative, ne constitue en aucune manière un recueil détaillé des procédés et des formules en usage. Après avoir, dans un premier chapitre, rappelé les méthodes utilisées en psychologie quantitative pour graduer et comparer les tests, M. Paul Nayrac montre comment les notes obtenues par un sujet aux différents tests peuvent être synthétisées par la considération des composantes principales de Hotelling. Mais, contrairement aux composantes, les facteurs, qui ne peuvent être calculés, doivent être estimés. Rappelant qu'il existe une différence de principe entre observation et estimation, l'auteur précise les caractères de l'estimation et en décrit les méthodes.

Si les composantes principales de Hotelling permettent d'exposer commodément les résultats de l'observation, par exemple en matière de sélection professionnelle lorsqu'il ne s'agit que d'éliminer des sujets insuffisamment outillés psychiquement pour une occupation très déterminée, il en est tout autrement lorsqu'il s'agit d'orientation professionnelle. Il serait souhaitable de pouvoir calculer le facteur général d'un sujet donné en fonction des

notes qu'il a obtenues aux tests, mais ce n'est pas possible. Si l'on désire connaître la future réussite professionnelle, il faut procéder par estimation. Après avoir exposé l'hypothèse de Spearman, selon laquelle entre le facteur général et le facteur particulier, la corrélation est nulle, et indiqué comment peut être utilisée la formule de Yule sur la corrélation partielle, M. Paul Nayrac, montre comment Thurstone, partant d'une hypothèse moins étroite que celle de Spearman, admet, non pas un facteur général unique mais, pour mieux exprimer les batteries, plusieurs facteurs communs sans corrélation entre eux ni avec les facteurs spécifiques : facteurs de groupe auxquels peut éventuellement s'ajouter un facteur général. L'analyse à plusieurs facteurs communs s'oppose aussi à l'analyse à un seul facteur général, qui considère les difficultés qu'elle rencontre comme des anomalies dont il faut rechercher la cause. A noter cependant que Spearman avait posé le principe de facteurs accessoires. De cette analyse à plusieurs facteurs communs, M. Paul Nayrac expose les difficultés et le caractère plurivoque, la valeur des communautés à inscrire dans la matrice originelle des corrélations, le calcul des saturations, l'importance de la variance des facteurs spécifiques. L'estimation des facteurs en analyse à plus d'un facteur commun se fait à peu près comme en analyse à un seul facteur commun ou quand il s'agit de la réussite professionnelle : par réduction pivotale d'Aitkens.

Une structure est une matrice exprimant les corrélations entre tests et facteurs. La structure simple, d'après Thurstone, est celle qui ne comprend pas, ou peu, de saturations négatives avec un maximum de saturations nulles. Dans une telle structure, aucun test ne doit contenir tous les facteurs communs, aucun facteur ne doit être général, et il ne doit pas y avoir (ou en très petit nombre) de corrélation négative. Ce programme étant très difficile à réaliser, Thurstone a tenté d'utiliser, au lieu des facteurs centroïdes, de nouvelles fonctions de ces facteurs. M. Paul Nayrac montre comment l'interprétation géométrique et la figuration suggèrent la méthode des rotations des systèmes de facteurs et conduisent à une structure simple orthogonale, où les facteurs ne possèdent pas entre eux de corrélations, et à la notion de structure simple oblique dans laquelle les axes ne sont plus orthogonaux, c'est-à-dire que les facteurs ont entre eux des corrélations. L'auteur précise que la structure est la matrice des corrélations, la configuration étant la matrice des saturations.

Opposant alors la théorie de Spearman, claire et partant d'une hypothèse générale sur la nature du psychisme, à la méthode de Thurstone, « lourde et laborieuse », avec au départ un minimum d'hypothèses, M. Paul Nayrac conclut que si l'analyse à un facteur commun est la plus séduisante, la méthode de Thurstone a peut-être plus d'avenir par sa plasticité, plasticité que démontre l'expérience des boîtes, expérience interprétée d'ailleurs également en faveur de leur méthode par les adeptes de l'analyse à un seul facteur commun. D'où la prudence nécessaire « dans une science qui se fait ».

De nombreux calculs, formules, figures, démonstrations accompagnent un exposé très dense, dont il n'a été possible de signaler ici que quelques grandes lignes.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 février 1952*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 février 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 16 mars 1952*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mars 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 28 avril 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Légion d'honneur

M. le D^r RÉGIS, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est promu au grade d'*Officier de la Légion d'honneur* ;

M. le D^r Georges DAUMÉZON, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur*.

Ordre de la santé publique

Sont nommés au grade de *chevalier* de l'Ordre de la santé publique :

M. le D^r R. BRIAU, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise) ;

M. le D^r R. BRUÈRE-DAWSON, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Plouguernevel (Côtes-du-Nord) ;

M. le D^r J. MATHEY, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Breutyla-Couronne (Charente) ;

M. le D^r P. ROYER, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Nominations

Mme le D^r JOYEUX-QUERCY est nommée médecin-chef à la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) ;

M. le D^r P. BORENSTEIN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges) ;

M. le D^r ROGER est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse).

Directeurs administratifs :

M. Maurice LÉVÊQUE est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine et de l'Infirmierie psychiatrique de la Préfecture de Police

Un *concours* pour le recrutement d'*internes en médecine* titulaires et la désignation d'*internes provisoires* s'ouvrira le 19 mars 1952. Inscriptions à la préfecture de la Seine, service des établissements départementaux d'assistance, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du 19 janvier au 19 février 1952.

Internat en pharmacie des hôpitaux psychiatriques de la Seine, du Groupe hospitalier Paul-Brousse à Villejuif, de l'Institut du Cancer et de l'hôpital franco-musulman

Un *concours* pour le recrutement d'*internes en pharmacie* titulaires s'ouvrira à Paris le 4 mars 1952. Inscriptions à la préfecture de la Seine (service des établissements départementaux d'assistance), 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du 30 janvier au 15 février 1952.

SOCIÉTÉS

Société suisse de psychiatrie

La 117^e assemblée de la Société suisse de psychiatrie se tiendra à Meiringen les samedi 28 et dimanche 29 juin 1952, sous la présidence du D^r J. WYRSCH. Secrétaire général : D^r O. RIGGENBACH (Préfargier, Neuchâtel).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie de médecine en 1951

Parmi les prix décernés par l'Académie de médecine en 1951, citons :

Prix de l'Académie, à MM. les D^{rs} PUECH, GIULLY et Mme LAIRY-BOUNES, pour leur ouvrage intitulé : *Introduction à la psychochirurgie* ;

Prix Albert I^{er} de Monaco, à M. le professeur COLLIN (de Nancy), pour ses travaux d'histologie et de pathologie du système nerveux ;

Prix Civrieux, à MM. les médecins commandants DURAND et GARNIER (de Lyon) et à M. le médecin capitaine COIRAULT (d'Oran), pour leur travail intitulé : *Diagnostic encéphalographique. Encéphalogrammes normaux et pathologiques* ;

Prix Jean Dietz, à MM. les D^{rs} BEAUDOUIN et RAYNIER (de Maison-Blanche), pour leur ouvrage intitulé : *L'assistance psychiatrique* ;

Prix Falret, à M. le D^r André BOURGUIGNON (de Paris), pour son travail intitulé : *La fatigue. Etude clinique et physiologique* ;

Prix Catherine Hadot (Hygiène), à M. le D^r HAZEMANN (de Paris), pour son *Cours d'hygiène sociale* ;

Prix Catherine Hadot (Tuberculose), à M. le D^r Maurice POROT (d'Alger), pour son ouvrage intitulé : *La psychologie des tuberculeux* ;

Prix Herpin (de Genève), à M. le D^r TAMALET (de Marseille), pour son ouvrage intitulé : *Les tumeurs temporales* ;

(Une mention honorable a été attribuée à M. le D^r DANY (de Strasbourg), pour une *Etude clinique et expérimentale de la griffe de la maladie de Volkmann*) ;

Prix Laborie, à M. le D^r H. LABORIT (de Paris), pour son travail intitulé : *Physiologie et biologie du système nerveux végétatif au service de la chirurgie* ;

Prix Leveau, à M. le D^r J. BARBIZET (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Les céphalées vasculaires* ;

Prix Pierre Marie, à M. le D^r François LHERMITTE (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Les leucoencéphalites* ;

Prix Monbinne, à Mme DANIEL (de Clermont-Ferrand), pour ses éléments d'études en vue d'une prophylaxie de la poliomyélite humaine ;

Prix de la Ville de Paris et de l'Académie nationale de médecine, à M. le D^r Ivan BERTRAND (de Paris), pour récompenser ses travaux anatomo-pathologiques et ses recherches sur l'histo-physiologie nerveuse à l'état normal et pathologique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1952 (1^{er} trimestre) — Numéro d'ordre : 1481

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 82.722. — 1952

C.O.A.L. 31.2330.